الأستاذ الدكتور
حامد عبد السلام زهران

الصحة النفسية والعلاج النفسي



عالم الكتب
نشر . توزيع . طباعة

❖ الإدارة :
16 شارع جواد حسنى - القاهرة
تليفون : 3924626
فاكس : 002023939027

❖ المكتبة :
38 شارع عبد الخالق ثروت - القاهرة
تليفون : 3926401 - 3959534
ص . ب 66 محمد فريد
الرمز البريدى : 11518

❖ الطبعة الرابعة
١٤٢٦هـ -- ٢٠٠٥م

❖ رقم الإيداع ٢٠٠١/٩١٤١

❖ الترقيم الدولى I.S.B.N
977-232-266-8

❖ الموقع على الإنترنت : WWW.alamalkotob.com

❖ البريد الإلكترونى : info@alamalkotob.com

الشركة الدولية للطباعة
المنطقة الصناعية الثانية - قطعة ١٣٩ - شارع ٣٩ - مدينة ٦ أكتوبر
☎ : ٨٣٣٨٢٤٠ - ٨٣٣٨٢٤٢ - ٨٣٣٨٢٤٤
e-mail: pic@6oct.ie-eg.com

الصحة النفسية

والعلاج النفسي

الدكتور حامد عبد السلام زهران
أستاذ الصحة النفسية
عميد كلية التربية – جامعة عين شمس (سابقاً)

إهداء

إلى المهتمين بالصحة النفسية والعلاج النفسى.

* إلى المعالجين النفسيين .
* إلى المرشدين النفسيين .
* إلى الأخصائيين النفسيين .
* إلى الأطباء النفسيين .
* إلى الأخصائيين الاجتماعيين .
* إلى المربين .
* إلى الوالدين .



بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ رب اشرح لي صدري ، ويسر لي أمري ، واحلل عقدة من لساني يفقهوا قولي ﴾

تقديم الطبعة الأولى

عزيزي القارىء : المعالج والمرشد والأخصائي والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والمربي والوالد وطالب الصحة النفسية والعلاج النفسي .

أقدم لك هذا الكتاب في الصحة النفسية والعلاج النفسي .

وأود أن أشير إلى أن اهتمامي في هذا الكتاب كان موجهًا إلى التركيز على **ما يحتاجه المهتمون بالصحة النفسية** من معلومات أساسية لأغراض التنمية والوقاية **وما يحتاجه المعالجون النفسيون** من دليل قبل استقبال الحالة وحين الفحص والتشخيص وأثناءعملية العلاج النفسي وبعدها.

وكان اهتمامي موجهًا إلى **الناحية العملية** أكثر من الناحية النظرية وإلى أحدث التطورات العلمية أكثر من النظريات التاريخية . ولقد حاولت بكل ما استطعت الوقوف على أحدث ما كتب وآخر النتائج التي ظهرت في الدوريات العلمية في الصحة النفسية والعلاج النفسي . والاستراتيجية التي اتبعتها في هذا الكتاب هي إلغاء الحدود المصطنعة بين الصحة النفسية والعلاج النفسي من ناحية وبين الطب النفسي من ناحية أخرى .

وأرجو أن يتابع القارىء **فصول الكتاب** متتالية حسب ترتيبها . إن كل فصل يمهد لما يليه من فصول . ففي الفصل الأول تناولت **المفاهيم الأساسية** في الصحة النفسية والتوافق النفسي والوقاية من المرض النفسي والشخصية والجهاز العصبي والقيت نظرة تاريخية على الصحة النفسية والعلاج النفسي . وفي الفصل الثاني تناولت **أسباب الأمراض النفسية** ففصلت الأسباب الحيوية والأسباب النفسية والأسباب البيئية . وفي الفصل الثالث تناولت **أعراض الأمراض النفسية** وتصنيفها . وفي الفصل الرابع تناولت **الفحص والتشخيص والمآل** . وفي الفصل الخامس تناولت **العلاج النفسي** ، ففصلت المفاهيم العامة في العلاج وطرق العلاج النفسي . وفي الفصل السادس تناولت **الأمراض النفسية وعلاجها** ففصلت العصاب والذهان والأمراض النفسية الجسمية والمشكلات النفسية .

وهذه بعض التوجيهات حول « **كيف تستخدم هذا الكتاب** » :

* اقرأ مقدمة كل فصل ، ثم **استعرض العناوين الرئيسية والعناوين الفرعية** والكلمات أو العبارات **المميزة** ، فهي تمثل الفكرة الرئيسية لكل فقرة .

* **اسأل** نفسك باستمرار : ماذا أريد أن أعرف ؟ وماذا يريد المؤلف أن يقول ؟

* **اقرأ** قراءة جيدة فاهمة ناقدة. وسوف تلاحظ ذكر كثير من المراجع فى مواضع كثيرة من الكتاب وذلك من باب إعطاء كل ذى حق حقه. وللقارىء غير المتخصص ان يتجاوز عنها، وعلى القارىء المتخصص الاهتمام بها للتوسع والاستزادة. وقد أشرت إلى المراجع بطريقة ذكر اسم المؤلف وسنة نشر المرجع بين قوسين. ويرجع إلى قائمة المراجع فى نهاية الكتابة وهى مرتبة ترتيبا أبجديا.

* وجه اهتمامك إلى **الرسوم والصور ووسائل الإيضاح** الأخرى.

* **بلور** فى النهاية كل ما وجدت وكل ما عرفت وحدد فائدته وتطبيقاته العملية.

* **راجع** ما قرأت كوحدة متكاملة. انظر مرة أخرى فى العناوين الرئيسية والعناوين الفرعية والأفكار الرئيسية فى كل فقرة.

* **لاحظ** سلوك الناس فعلا فى الحياة اليومية وفى مواقف الحياة الحقيقية.

* **طبق** كل ما تعلمه، اجعله واقعا ملموسا له معنى فى الحياة العملية. طبقه مع كل من تتعامل معهم.

وهذه كلمة شكر أقدمها إلى والدى وأساتذتى اعترافا بفضلهم فى تربيتى. وأشكر لطلابى ما تعلمته منهم بقدر ما علمتهم. وأشكر زوجتى على تشجيعها ومساعدتها القيمة.

والله أسأل أن أكون قد وفقت فى تقديم هذا الجهد المتواضع خلاصة خبرتى فى تدريس علم الصحة النفسية وخلاصة خبرتى فى ممارسة العلاج النفسى. وأرجو أن يكون فى هذا الكتاب إفادة للقارىء واستثارة للباحث لمزيد من الاطلاع والبحث فى الصحة النفسية والعلاج النفسى.

اللهم علمنى ما ينفعنى وانفعنى بما علمتنى وزدنى علما.

القاهرة فى يناير ١٩٧٤

الدكتور حامد زهران

تقديم الطبعة الثانية

يسعدني أن أقدم الطبعة الثانية من كتاب « الصحة النفسية والعلاج النفسي » إلى المهتمين بالصحة النفسية والعلاج النفسي من معالجين ومرشدين وأخصائيين وأطباء نفسيين وأخصائيين اجتماعيين ومربين وطلاب .

وأود أن أسجل جزيل شكرى إلى كل من لفت نظرى إلى ما كان فى الطبعة الأولى محتاجًا إلى مزيد من الشرح أو التبسيط أو الإيضاح . وإننى أؤكد هنا أن هذا الكتاب قد وضع أساسًا لمن قطع شوطًا من الدراسة فى علم النفس وألم بمداخله ومبادئه .

وفى هذه الطبعة أضفت شروحا موجزة فى هوامش الكتاب للعديد من المصطلحات . وتم تعديل بعض أجزاءالكتاب فى ضوء الدراسات والبحوث التى قمت بها بعد الطبعة الأولى . وتم إضافة بعض الفقرات فى ضوء البحوث والدراسات التى ظهرت بعد الطبعة الأولى . وتم تعديل وإضافة عدد كبير من الرسوم والأشكال الإيضاحية .

وأرجو أن أكون قد وفقت فيما عدلت وأضفت .

والله ولى التوفيق ،

القاهرة فى يوليو ١٩٧٨

المؤلف

تقديم الطبعة الثالثة

« الحمد لله الذى هدانا لهذا ، وما كنا لنهتدى لولا أن هدانا الله» .

الحمد لله ، والصلاة والسلام على سيدنا محمد ، وعلى جميع الأنبياء والمرسلين ... وبعد ...

يسرنى أن أقدم الطبعة الثالثة من كتاب « الصحة النفسية والعلاج النفسى » ، إلى أساتذتى وزملائى وطلابى ، استمراراً لعلاقة علمية هى أعز ما أعتز به .

وأواصل التعبير عن شكرى وتقديرى إلى كل من لفت أو يلفت نظرى إلى ما يحتاج إلى شرح أو تبسيط أو إيضاح فى الطبعات المتتالية من هذا الكتاب .

وفى هذه الطبعة ، مزيد من المراجعة ، وكثير من التنقيح . وفى هذه الطبعة عدد من الإضافات فى بعض الموضوعات ، وفيهاعدد من التجديدات فى الأشكال والإيضاحات .

وأشكر زوجتى العزيزة الأستاذة الدكتورة إجلال محمد سرى، أستاذ الصحة النفسية بكلية الدراسات الإنسانية جامعة الأزهر ، على مراجعتها المستمرة ونقدها البناء لهذا الكتاب .

وأدعو الله عز وجل قائلا : اللهم علمنى ما ينفعنى ، وانفعنى بما علمتنى ، وزدنى علمًا .

والله الموفق ،

القاهرة فى يناير ١٩٩٧

المؤلف

الفصل الأول

مفاهيم أساسية فى الصحة النفس

* الصحة النفسية .
* التوافق النفسى .
* الوقاية من المرض النفسى .
* الشخصية .
* الجهاز العصبى .
* الصحة النفسية والعلاج النفسى بين الماضى والحاضر والمست

الصحة النفسية
MENTAL HEALTH

علم الصحة النفسية Mental Hygiene

علم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي ، ما يؤدي إليها وما يحققها ، وما يعوقها ، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية ، ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها .

إن **علم النفس** بصفة عامة يدرس السلوك في سوائه وانحرافه . وعلم النفس يخدم علم الصحة النفسية من خلال دراساته العلمية عن طريق الوقاية والعلاج. ويمكن النظر إلى علم النفس على أنه «علم صحة» حيث أنه يقدم خدماته في مجال الصحة،وخاصة الصحة النفسية والعلاج النفسي حيث تطبق كل مبادىء وطرق علم النفس في علاج المشكلات والاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية. وإن فروع علم النفس المرضي وعلم النفس العلاجي وعلم النفس التحليلي والعلاج النفسي وما تتناوله من موضوعات ومجالات لخير دليل على العلاقة بين علم النفس والصحة.

الصحة النفسية [1]: Mental Health

يمكن **تعريف الصحة النفسية** بأنها حالة دائمة نسبيًا ، يكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًا (شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا أي مع نفسه ومع بيئته) ، ويشعر بالسعادة مع نفسه ، ومع الآخرين ، ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة سوية ، ويكون سلوكه عاديًا ، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام .

والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل وسلامة السلوك ، وليست مجرد غياب أوالخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي . وانظر إلى تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة WHO بأنها حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض .

وللصحة النفسية شقان : أولهما شق نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق ، وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وإعداد وتدريب الأخصائيين والقيام بالبحوث العلمية . والشق الثاني تطبيقي عملي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية .

المرض النفسي : Mental Illness

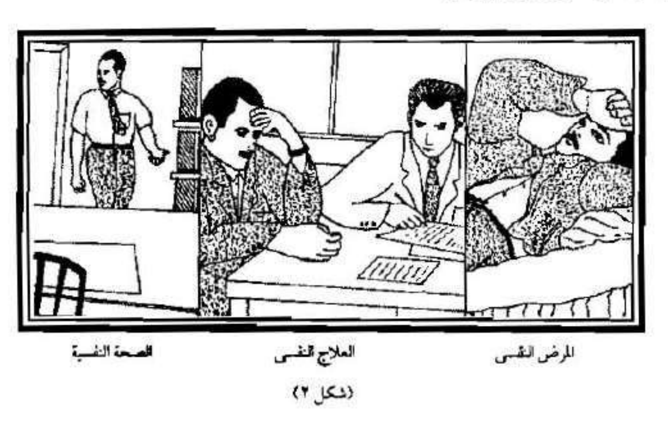
يمكن **تعريف المرض النفسي** بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

(١) فيلم تعليمي «الصحة النفسية».

والمرض النفسي **أنواع ودرجات** . فقد يكون خفيفًا يضفي بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه . وقد يكون شديدًا حتى لقد يدفع بالمريض إلى القتل أو الانتحار . وتتباين **أعراض** المرض النفسي تباينًا كبيرًا من المبالغة فى الأناقة إلى الانفصال عن الواقع والعيش فى عالم من الخيال.

ويتوقف **علاج** المرض النفسي على نوعه ومداه وحدته . وتعالج بعض الحالات بزيارات منظمة لأحدالمعالجين النفسيين بينما تحتاج بعض الحالات إلى العلاج فى المستشفى . والأمراض النفسية كثيرة ومنتشرة ويزيد عددها عن عدد حالات شلل الأطفال ومرض القلب والسرطان مجتمعة . ولم يعد المرض النفسي الآن وصمة عار كما كان سابقًا بعد أن أخذ كل مرض طريقه نحو العلاج والشفاء .

وهناك فرق بين **المرض النفسي والسلوك المرضى** . فالسلوك المرضى سلوك عابر يلونه الاضطراب الذى يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي . فقد نشاهد السلوك الهستيرى لدى شخص سوى ، وقد نشاهد السلوك الهوسى لدى شخص عادى . وهذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو الفرد المريض بالهوس .



الصحة النفسية العلاج النفسي المرض النفسي

(شكل ٢)

ملاحظات على الصحة النفسية والمرض النفسي :

الصحة النفسية والمرض النفسي مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر .

والاختلاف بين الصحة النفسية والمرض النفسي مجرد اختلاف فى الدرجة وليس فى النوع .

ومن المعلوم أنه لا يوجد « نموذج مثالى » يساعدنا فى التفريق الحاد بين الصحة النفسية والمرض النفسي (جيمس كولمان Coleman ، ١٩٧٢) .

السوية (العادية) : Normality

السوية هى القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها .

والسلوك السوى هو السلوك العادى أى المألوف والغالب على حياة غالبية الناس.

والشخص السوى هو الشخص الذى يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادى فى تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيدًا ومتوافقًا شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا .

اللاسوية (الشذوذ) : Abnormality

اللاسوية هى الانحراف عما هو عادى والشذوذ عما هو سوى .

واللاسوية حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه .

والشخص اللاسوى هو الشخص الذى ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادى فى تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا .

معايير السوية واللاسوية :

يعتبر السلوك سويًا أو غير سوى حسب المعايير التالية :

المعيار الذاتى : حيث يتخذ الفرد من ذاته إطارًا مرجعيًا يرجع إليه فى الحكم على السلوك بالسوية واللاسوية .

المعيار الاجتماعى : حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساسًا للحكم على السلوك بالسوية أو اللاسوية . فالسوى هو المتوافق اجتماعيًا واللاسوى هو غير المتوافق اجتماعيًا .

المعيار الإحصائى : حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معيارًا يمثل السوية وتكون اللاسوية هى الانحراف عن هذاالمتوسط بالزائد أو الناقص (١) .

المعيار المثالى : حيث يعتبر السوية هى المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه ، واللاسوية هى الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال .

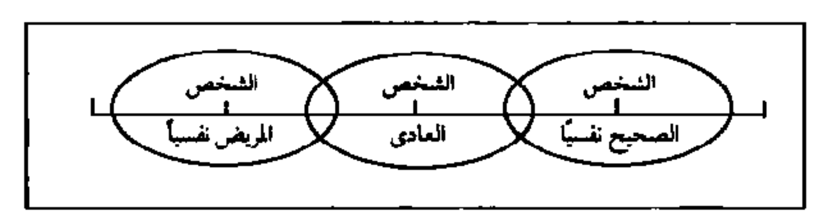
ملاحظات على السوية واللاسوية :

السوية واللاسوية مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر ، والفرق فرق فى الدرجة (وليس فى النوع) بين السوى واللاسوى أو بين العادى والشاذ أو بين الصحة النفسية والمرض النفسى. أى أن الأفراد يمكن ترتيبهم على متصل مستمر بين السوية واللاسوية وبين العادية والشذوذ وبين الصحة النفسية والمرض النفسى (شكل ٣) .

ويلاحظ أن السوية واللاسوية مفهومان نسبيان فى مراحل العمر المختلفة وفى الأزمنة المختلفة وفى الثقافات المختلفة .

---

(١) مازاد عن الحد انقلب إلى الضد، والزائد أخو الناقص.



(شكل ٣) متصل الصحة النفسية والمرض النفسى

مناهج الصحة النفسية :

يوجد ثلاثة مناهج أساسية فى الصحة النفسية :

المنهج الإنمائى Developmental : وهو منهج إنشائى يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية . ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيًا وتربويًا ومهنيًا) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسميا وعقليًا واجتماعيًا وانفعاليًا بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوى تحقيقًا للنضج والتوافق والصحة النفسية.

المنهج الوقائى Preventive: ويتضمن الوقاية من الوقوع فى المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية . ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولا بأول ، ويرعى نموهم النفسى السوى ويهيىء الظروف التى تحقق الصحة النفسية . وللمنهج الوقائى مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه فى مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض . وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائى فى الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحى التناسلية ، والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسى السوى ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهنى والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة ، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية ، والتقييم والمتابعة ، والتخطيط العلمى للإجراءات الوقائية . ويطلق البعض على المنهج الوقائى اسم « التحصين النفسى » .

المنهج العلاجى remedial : ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسى وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية .

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية :

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة . وفيما يلى أهم هذه الخصائص :

التوافق : ودلائل ذلك : التوافق الشخصى ويتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعى ويشمل التوافق الزواجى والتوافق الأسرى والتوافق المدرسى والتوافق المهنى .

الشعور بالسعادة مع النفس[١]: ودلائل ذلك : الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال والاستفادة من مسرات الحياة اليومية ، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية ، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة ، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات ، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها ، ونمو مفهوم موجب للذات ، وتقدير الذات حق قدرها .

الشعور بالسعادة مع الآخرين: ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتقاد فى ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحوالآخرين «التكامل الاجتماعى»، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة «الصداقات الاجتماعية»، والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعى المناسب والتفاعل الاجتماعى السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، والاستقلال الاجتماعى، والسعادة الأسرية، والتعاون وتحمل المسئولية الاجتماعية .

تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعى الموضوعى للقدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحى القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها، وإمكان التفكير والتقرير الذاتى، وتنوع النشاط وشموله، وبذل الجهد فى العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية والإنتاج .

القدرة على مواجهة مطالب الحياة: ودلائل ذلك: النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش فى الحاضر والواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية فى مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية، وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها، والقدرةعلى مواجهة معظم المواقف التى يقابلها، وتقدير وتحمل المسئوليات الاجتماعية، وتحمل مسئولية السلوك الشخصى، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

التكامل النفسى: ودلائل ذلك: الأداء الوظيفى الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميًا وعقليا وانفعاليًا واجتماعيًا)، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادى.

---

(١) ليس هناك مستحضرات للصحة النفسية مثل السعادة.

ومما ننصح به فى هذا المقام «اجعل السعادة عادة. وابحث عن فرصة للضحك كل يوم، فساعة الحظ لا تعوض».

السلوك العادى: ودلائل ذلك: السلوك السوى العادى المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسى، والقدرة على التحكم فى الذات وضبط النفس .

حسن الخلق: ودلائل ذلك: الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام وبشاشة الوجه وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس فى السراء والضراء ولين القول وحب الخير للناس والكرم وحسن الجوار وقول الحق وبر الوالدين، والحياء والصلاح والصدق والبر والوقار والصبر والشكر والرضا والحلم والعفة والشفقة .

العيش فى سلامة وسلام: ودلائل ذلك: التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية، والأمن النفسى والسلم الداخلى والخارجى، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل .

الصحة النفسية فى الأسرة:

الأسرة تعتبر أهم عوامل التنشئة الاجتماعية . وهى الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيراً فى سلوك الفرد، وهى التى تسهم بالقدر الأكبر فى الإشراف على النمو الاجتماعى للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه .

وللأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة . فهى المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل وهى العامل الأول فى صبغ سلوك الطفل بصبغة اجتماعية .

ونحن نعلم أن السنوات الأولى من حياة الطفل تؤثر فى التوافق النفسى أو سوء التوافق حيث يكون الأطفال شديدى التأثر بالتجارب المؤلمة والخبرات الصادمة .

وللأسرة **خصائص** هامة منها أنها الوحدة الاجتماعية الأولى التى ينشأ فيها الطفل، وهى المسئولة عن **تنشئة الطفل** اجتماعيًا وهى التى تعتبر النموذج الأمثل للجماعة الأولية التى يتفاعل الطفل مع أعضائها وجهًا لوجه ويتوحد مع أعضائها ويعتبر سلوكهم سلوكًا نموذجيًا يحتذيه .

وتستخدم **الأسرة** أساليب نفسية عديدة أثناء التنشئة الاجتماعية للطفل مثل الثواب « المادى والمعنوى» **والعقاب** « المادى والمعنوى» والمشاركة فى المواقف والخبرات بقصد تعليم السلوك والاستجابات والتوجيه المباشر والتعليم .

وقد أجريت عدة بحوث حول دور الأسرة فى عملية التنشئة الاجتماعية للطفل وأثر ذلك فى سلوكه وأوضحت هذه البحوث ما يلى:

* المجتمع الواحد يوجد فيه فروق فى التنشئة الاجتماعية بين طبقة وطبقة وبين أسرة وأسرة، والطبقة الاجتماعية الدنيا أكثر تسامحًا فى عملية التنشئة الاجتماعية .

* نظام التغذية الذى تتبعه الأم مع الطفل فى مرحلة الرضاعة يؤثر فى حركة ونشاط الطفل . ويجب إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص فى فترة الرضاعة وتنظيم مواعيد الرضاعة وعدم القسوة فى الفطام، والفطام المتدرج، والفطام فى الوقت المناسب.

* أسلوب ضبط عملية الإخراج فى الطفولة يرتبط فى الطفولة بالبخل والحرص والترتيب والنظام فى الكبر، ويجب اعتدال الوالدين فى التدريب على الإخراج .
* كلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة وكلما قل نبذ الوالدين له وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة وكلما قل الإحباط فى المنزل قل الدافع إلى العدوان عند الطفل . وللتنشئة الاجتماعية أثر فى الميل إلى العدوان وضبطه عند الأفراد .
* الحماية الزائدة من جانب الوالدين لأطفالهم والتزمت والتشدد فى نظام الرضاعة والفطام تؤدى إلى الاعتماد على الغير والاتكالية، وتربية الأطفال فى المؤسسات تجعلهم أكثر ميلا إلى البلادة وأكثر عزوفًا عن التفاعل الاجتماعى وأكثر اتكالية وأكثر حاجة إلى انتباه الآخرين ومودتهم .
* المستوى الاجتماعى الاقتصادى المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادى أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل .
* إرشاد الأزواج قبل الزواج وأثناءه عملية ضرورية وواجبة ضمانًا للصحة النفسية لهما وللأسرة بأسرها .

وتؤثر العلاقات بين الوالدين على صحة الطفل النفسية على النحو التالى:

* السعادة الزواجية تؤدى إلى تماسك الأسرة بما يخلق مناخًا يساعد على نمو الطفل إلى شخصية متكاملة ومتزنة .
* الوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدى إلى إشباع حاجة الطفل إلى الأمن النفسى وإلى توافقه النفسى .
* الاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزواجية ونحو الوالدية تؤدى إلى استقرار الأسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها .
* التعاسة الزواجية تؤدى إلى تفكك الأسرة مما يخلق مناخًا يؤدى إلى نمو الطفل نموًا نفسيًا غير سوى.
* الخلافات بين الوالدين تعكر صفاء جو الأسرة مما يؤدى إلى أنماط السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والأنانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالى .
* المشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذى قد يقومان به يهدد استقرار المناخ الأسرى والصحة النفسية لكافة أفرادها.

وتؤثر العلاقات بين الوالدين والطفل على صحته النفسية على النحو التالى:

* العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل فى أن ينمو إلى شخص يحب غيره، ويتقبل الآخرين ويثق فيهم .
* العلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيرًا سيئًا على النمو النفسى وعلى الصحة النفسية للطفل.

وتؤثر العلاقات بين الإخوة على الصحة النفسية على النحو التالى:

* العلاقات المنسجمة بين الإخوة، الخالية من تفضيل طفل على طفل أو جنس على جنس، المشبعة بالتعاون الخالية من التنافس، تؤدى إلى النمو النفسى السليم للطفل .

هذا ويجب أن يعمل الوالدان حساب **سيكولوجية الطفل الوحيد والطفل الأكبر والطفل الأصغر والطفل الأوسط** .

والعلاقات بين الأسرة والمدرسة مهمة للغاية وخاصة علاقات التعاون لتبادل المعلومات والتوجيهات فيما يتعلق بنموالطفل . وتقوم مجالس الآباء والمعلمين بدور كبير فى هذا الصدد .

كذلك فإن **العلاقات الأسرية** وبقية العوامل المؤثرة فى النمو النفسى للطفل مهمة أيضًا وخاصة المدرسة ووسائل الإعلام ودور العبادة وجماعة الرفاق .

وعلى العموم يجب العمل على **تدعيم العلاقات الأسرية** حتى يتحقق أثرها النافع على صحة الطفل النفسية ويجب تلافى تصدعها الذى يؤثر تأثيرًا ضارًا . ومن أهم هذه الأسباب انهيار الأسرة بسبب موت أحد الوالدين أو كليهما أو هجران أحد الوالدين أو كليهما للطفل أو الانفصال أو الطلاق أو السجن والإدمان والمجون وعدم الأمانة والفقر والبطالة والتشرد والازدحام ونقص وسائل الراحة أو اضطراب العلاقات الزواجية الخاصة .

وهكذا نجد أن **المناخ الأسرى الذى يساعد على النمو النفسى السوى والصحة النفسية يجب أن يتسم بما يلى:** (انظر التطبيقات التربوية لعلم نفس النمو فى جميع مراحله، حامد زهران، ١٩٩٠).

* إشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة إلى الانتماء والأمن والحب والأهمية والقبول والاستقرار.
* تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة .
* تعليم التفاعل الاجتماعى واحترام حقوق والآخرين والتعاون والإيثار .
* تعليم التوافق النفسى (الشخصى والاجتماعى).
* تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والإخوة والآخرين .
* تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم ... إلخ.
* تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة .

من هذا نجمل دور الأسرة فى الصحة النفسية للطفل فيما يلى:

* الأسرة تؤثر على النمو النفسى (السوى وغير السوى) للطفل، وتؤثر فى تكوين شخصيته وظيفيًا ودیناميًا، فهى تؤثر فى نموه الجسمى ونموه العقلى ونموه الانفعالى ونموه الاجتماعى .
* الأسرة السعيدة تعتبر بيئة نفسية صحية للنمو تؤدى إلى سعادة الطفل وصحته النفسية .

* الأسرة المضطربة تعتبر بيئة نفسية سيئة للنمو، فهى تكون بمثابة مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والاجتماعية.

* الخبرات الأسرية التى يتعرض لها الطفل فى السنوات الأولى من عمره تؤثر تأثيرًا هامًا فى نموه النفسى.

ويلخص جدول (١) الظروف غير المناسبة فى الأسرة وآثارها على الصحة النفسية للطفل:

جدول (١)

الظروف غير المناسبة فى الأسرة وآثارها على الصحة النفسية للطفل

الظروف غير المناسبة	آثارها على الصحة النفسية
- الرفض (أو الإهمال ونقص الرعاية)	الشعور بعدم الأمن - الشعور بالوحدة - محاولة جذب انتباه الآخرين - السلبية والخضوع - أو الشعور العدائى والتمرد - عدم القدرة على تبادل العواطف - الخجل - العصابية - سوء التوافق.
- الحماية الزائدة	عدم القدرة على مواجهة الضغوط البيئية ومواجهة الواقع - الخضوع - القلق - عدم الأمن - كثرة المطالب - عدم الاتزان الانفعالى - قصور النضج - الأنانية.
- التدليل	الأنانية - رفض السلطة - عدم الشعور بالمسئولية - عدم التحمل - الإفراط فى الحاجة إلى انتباه الآخرين.
- التسلط (والسيطرة)	الاستسلام والخضوع أو التمرد - عدم الشعور بالكفاءة - نقص المبادأة - الاعتماد السلبى على الآخرين - قمع وكبت استجابات النمو السلبية - سوء التوافق مع متطلبات النضج.
- المغالاة فى المستويات الخلقية المطلوبة	الجمود - الصراع النفسى - الشعور بالإثم - اتهام الذات - امتهان الذات.
- فرض النظم الجامدة (النقد)	المغالاة فى اتهام الذات - السلبية - عدم الانطلاق - التوتر - السلوك العدائى.
- مشكلات النظام والتضارب فى النظم المتبعة.	عدم تماسك قيم الطفل وتضاربها وعدم الثبات الانفعالى - التردد فى اتخاذ القرارات.
- الزواج غير السعيد	القلق - التوتر - الشعور بعدم الأمن - الحرمان الانفعالى - الميل نحو النظر إلى العالم كمكان غير آمن - ظهور اضطرابات نفسية جسمية والاكتئاب والقلق.

تابع جدول (١)

الظروف غير المناسبة	آثارها على الصحة النفسية
- انفصال الوالدين أو الطلاق	عدم الشعور بالأمن - عدم الاستقرار - العزلة - عدم وجود من يتمثل قيمهم وأساليبهم السلوكية - الخوف من المستقبل.
- اضطراب العلاقات بين الإخوة	العداء والكراهية - الشعور بعدم الأمن - عدم الثقة بالنفس - النكوص.
- الوالدان العصابيان	الخوف - الشعور بعدم الأمن - استخدام الحيل العصابية التى يستخدمها الوالدان.
- المثالية وارتفاع مستوى الطموح	الإحباط - الشعور بالإثم - امتهان الذات - الشعور بالنقص.
- التدريب الخاطىء على عملية الإخراج	الشعور بالعجز والخوف - العناد - الشقاوة.
- أخطاء التربية الجنسية	الخجل - الشعور بالذنب - اضطراب التوافق الجنسى - الانحرافات الجنسية.

الصحة النفسية فى المدرسة:

المدرسة هى المؤسسة الرسمية التى تقوم بعملية التربية، ونقل الثقافة المتطورة وتوفير الظروف المناسبة للنمو جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا .

وعندما يبدأ الطفل تعليمه فى المدرسة يكون قد قطع شوطًا لا بأس به فى التنشئة الاجتماعية فى الأسرة، فهو يدخل المدرسة مزودًا بالكثير من المعلومات والمعايير الاجتماعية والقيم والاتجاهات . والمدرسة توسع دائرة هذه المعلومات والمعايير والقيم والاتجاهات فى شكل منظم - وفى المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسى بمعناه الواسع علمًا وثقافة وتنمو شخصيته من كافة جوانبها .

وفيما يلى بعض مسئوليات المدرسة بالنسبة للنمو النفسى والصحة النفسية للتلميذ:

* تقديم الرعاية النفسية إلى كل طفل ومساعدته فى حل مشكلاته والانتقال به من طفل يعتمد على غيره إلى راشد مستقل معتمدًا على نفسه متوافقًا نفسيًا .
* تعليمه كيف يحقق أهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية مما يحقق توافقه الاجتماعى.

* الاهتمام بالتوجيه والإرشاد النفسي للتلميذ .

* الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية في تعاون مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى وخاصة الأسرة.

* مراعاة كل ما من شأنه ضمان نمو الطفل نمواً نفسيًا سليمًا .

وتستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ منها دعم القيم الاجتماعية عن طريق المناهج، وتوجيه النشاط المدرسي بحيث يؤدي إلى تعليم الأساليب السلوكية المرغوبة وإلى تعليم المعايير والأدوار الاجتماعية والقيم، والثواب والعقاب، وممارسة السلطة المدرسية في عملية التعليم، والعمل على نطام الطفل انفعاليًا عن الأسرة بالتدريج، وتقديم نماذج صالحة للسلوك السوى - إما في شكل نماذج تدرس لهم أو نماذج يقدمها المدرسون في سلوكهم اليومي مع التلاميذ .

وتؤثر العلاقات الاجتماعية في المدرسة على الصحة النفسية للتلميذ والتوافق المدرسي على النحو التالي:

* العلاقات بين المدرس والتلاميذ التي تقوم على أساس من الديموقراطية والتوجيه والإرشاد السليم تؤدي إلى حسن العلاقة بين المدرس والتلاميذ وإلى النمو التربوي والنمو النفسي السليم .

* العلاقات بين التلاميذ بعضهم وبعض التي تقوم على أساس من التعاون والفهم المتبادل تؤدي إلى الصحة النفسية .

* العلاقات بين المدرسة والأسرة، التي تكون دائمة الاتصال (وخاصة عن طريق مجالس الآباء والمعلمين) تلعب دوراً هامًا في إحداث عملية التكامل بين الأسرة والمدرسة في عملية رعاية النمو النفسي للتلاميذ .

وتتعدد **مجالات تطبيق الصحة النفسية في المدرسة**، في فلسفتها وفي إدارتها وفي مناهجها ومدرسيها والعناية بتلاميذها والعلاقات بين المدرسة والأسرة ... إلخ .

إن **المدرسة التقدمية والتربية التقدمية** - بعكس المدرسة التقليدية والتربية التقليدية - رسالتها التربية بمعناها الواسع . فالتربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه هو وبتوجيه من المربي . ووظيفة المدرسة التقدمية وهدف التربية التقدمية هي تكوين ونمو وتوجيه شخصية التلميذ من كافة جوانبها جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا في تواز وتوازن .

إن **التحصيل العلمي** واكتساب المعارف والمعلومات ليس - ولا ينبغي أن يكون - بؤرة تركيز المدرسة، ولكن يجب أن يضاف إلى ذلك الاهتمام بتوافق التلميذ شخصيًا واجتماعيًا وبصحته النفسية والجسمية وبتكوين عادات سلوكية سليمة واتجاهات موجبة نحو المدرسة ونحو العمل ونحو الأشخاص بصفة عامة حتى يشب إنسانًا صالحًا .

وفي وضع **المناهج** يجب عمل حساب الصحة النفسية للتلاميذ والمربين أيضًا . فيجب أن تكون

الطبيعية والعمل على إحداث التوافق مع مواقف الحياة . كذلك يجب الاهتمام بملاءمة المناخ الاجتماعى فى المدرسة داخل وخارج الفصل وفى النشاط المنهجى والنشاط خارج المنهج . وباختصار يجب عمل حساب كل الخصائص النفسية للتلميذ حسب مرحلة النمو التى يمر بها .

أما عن **دور المدرس** فى العملية التربوية فنلاحظ عليه مايلى:

* يلعب المدرس دوراها ما فى عملية التربية وفى رعاية **النمو النفسى** وتحقيق الصحة النفسية للتلميذ، فهو دائم التأثير فى التلميذ منذ دخوله المدرسة **حتى تخرجه**، وهو نموذج سلوكى حى يحتذيه التلميذ ويتقمص شخصيته ويقلد سلوكه، **وهو ملقن علم ومعرفة** ينمى معارف التلاميذ، وهو موجه سلوك يصحح سلوك التلميذ إلى أفضل عن طريق وضعه فى خبرات سلوكية سوية .
* المدرس ليس ناقل معلومات ومعارف فقط ولكنه بالإضافة إلى ذلك معلم مهارات التوافق، ومشخص مظاهر وأعراض أى اضطراب سلوكى، ومصحح ومعالج لهذا الاضطراب .
* يجب أن يتمتع المربون (المعلمون والوالدان) أنفسهم بالصحة النفسية، ففاقد الشىء لا يعطيه، ويتطلب ذلك تحقيق الأمن النفسى والاستقرار النفسى والتوافق مع التلاميذ والديموقراطية فى التعامل معهم، وأن تكون النظرة إلى الحياة نظرة إيجابية متزنة .
* مشكلات المدرسين ومظاهر سوء توافقهم الشخصى والاجتماعى يجب العمل على حلها . ومن هذه المشكلات ما يتعلق بالناحية الاقتصادية والوضع والمكانة الاجتماعية والتعب والإرهاق والإنهاك ونقص الإمكانات وقلة تعاون الوالدين ... إلخ .
* تتأثر الصحة النفسية للتلاميذ بشخصية المربى الذى يجب أن يكون قدوة صالحة لتلاميذه فى سلوكه . إن المربى الذى يقول ما لا يفعل يجب أن يعلم أن خير ما يعلمه لأبنائه قوله افعلوا مثلما أفعل وليس مثلما أقول .
* يجب أن يكون فى الحسبان أنه كلما كانت العلاقة سوية بين المربين والأولاد وبين الأولاد بعضهم وبعض وبين المدرسة والأسرة كلما ساعد ذلك على حسن توافقهم النفسى وشعورهم بالأمن مما يؤدى إلى النجاح والتوفيق . ولذلك يجب العمل على تكوين اتجاهات موجبة لدى المربين وذلك عن طريق التوجيه والإرشاد للمربين ومجالس الآباء والمعلمين .
* على المدرس أن يعمل كمرب يعلم ويوجه ويعالج، فى بعض الأحيان . إنه يعلم العلم ويوجه النمو ويعالج ما يستطيع علاجه من مشكلات تلاميذه ويحيل ما لا يستطيع علاجه إلى الأخصائيين فى العيادات النفسية (١).

---

(١) من توصيات المؤتمر القومى لتطوير التعليم المنعقد بجامعة القاهرة (يوليو ١٩٨٧)... إعطاء مزيد من الرعاية والعناية لطلاب كليات التربية لتخريج المعلم الكفء، والاهتمام بأنشطة وهوايات الطلاب التى تصقل شخصيتهم وتساعد على تمتع الطالب بصحة نفسية جيدة.

* مفهوم المدرس - المرشد «Teacher - counsellor» من أهم المفاهيم التي يجب وضعها في الحسبان في إعداد المعلم في بلدنا ما دام العدد الكافي من المعالجين النفسيين لم يتوافر بعد في المدارس والجامعات . (حامد زهران، ١٩٩٤) .

في ضوء ما سبق نجد أن التربية تشترك في كثير من أهدافها مع الصحة النفسية وإن اختلفت في بعض وسائل تحقيق هذه الأهداف . إن علماء التربية وعلماء الصحة النفسية - على الرغم من الاختلاف في تخصصهما الأكاديمي - يخدمان في حقل وفي مجال تطبيقي مشترك هو مجال الأطفال والشباب والكبار، ويعملان لتحقيق هدف مشترك هو إعداد بناء الشخصية المتكاملة للإنسان الصالح للحياة بطريقة يشعر فيها بالسعادة والصحة والتوافق النفسي . (مصطفى فهمي، ١٩٧٠) .

الصحة النفسية في المجتمع:

من الضروري أن نضع في حسابنا أهمية الصحة النفسية في المجتمع بمؤسساته المختلفة الطبية والاجتماعية والاقتصادية والدينية... إلخ، وأن نعمل على تحقيق التناسق بين هذه المؤسسات وبصفة خاصة بينها وبين الأسرة والمدرسة . وهذا يحتم تطبيق **اتجاهات الصحة النفسية في المجتمع**، لتجنيب أفراده وجماعاته كل ما يؤدي إلى الاضطراب النفسي حتى يتحقق الإنتاج والتقدم والتطور والسعادة.

إن من أهم أهداف الصحة النفسية بناء الشخصية المتكاملة **وإعداد الإنسان الصحيح نفسيًا** في أي قطاع من قطاعات المجتمع وأيا كان دوره الاجتماعي بحيث يقبل على تحمل المسئولية الاجتماعية ويعطي للمجتمع بقدر ما يأخذ أو أكثر مستغلا طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن . ولكي يتحقق هذا يجب تحقيق مطالب النمو الاجتماعي للفرد مثل النمو الاجتماعي المتوافق إلى أقصى حد مستطاع، وإشباع الحاجات النفسية الاجتماعية وتقبل الواقع، وتكوين اتجاهات وقيم اجتماعية سليمة، والمشاركة الاجتماعية الخلاقة المسئولة، وتوسيع دائرة الميول والاهتمامات، وتنمية المهارات الاجتماعية التي تحقق التوافق الاجتماعي السوي، وتحقيق النمو الديني والأخلاقي القويم .

والصحة النفسية تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية الوثيقة الصلة بتكوين ونمو شخصية الفرد والعوامل المحددة لها مثل مشكلات الضعف العقلي والتأخر الدراسي والنجاح والانحرافات الجنسية... إلخ، وهذا من أهم ما يمكن بالنسبة للمجتمع . كذلك فإن الصحة النفسية تساعد في ضبط سلوك الفرد وتوجيهه وتقويمه في الحاضر بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي كمواطن صالح في المجتمع .

والصحة النفسية للمجتمع نفسه في غاية الأهمية . إن المجتمع الذي يعاني من التمزق وعدم التكامل بين أجهزته ونظمه ومؤسساته وهيئاته مجتمع مريض . والمجتمع الذي تسود فيه ثقافة مريضة مليئة بعوامل الهدم والإحباط والصراع والتعقيد مجتمع مريض . والمجتمع الذي تسود فيه

والتعصب مجتمع مريض. والمجتمع الذى تسوء فيه الأحوال الاقتصادية ويتدهور فيه مستوى المعيشة مجتمع مريض . والمجتمع الذى يتدهور فيه نظام القيم ويسود فيه الضلال والجناح وتحل به الكوارث الاجتماعية مجتمع مريض . إن مثل هذا المجتمع يحتاج إلى جهود جبارة للقضاء على كل هذه الأمراض الاجتماعية .

إن المجتمع الحديث ذا العلاقات الاجتماعية المعقدة، وعصر القلق الذى نعيشه وواقعنا الحضارى الذى يعانى من كثير من الاضطرابات النفسية التى يؤدى إليها التنافس وعدم المساواة والاستغلال . إن هذا المجتمع يحتاج إلى تخطيط دقيق للصحة النفسية، ويحتاج **التخطيط للصحة النفسية للشعب** إلى إجراءات هامة منها:

* تهيئة بيئة اجتماعية صديقة آمنة تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة، وإقامة العدالة الاجتماعية، وإقامة حياة ديمقراطية سليمة تسودها الحرية الشخصية والاجتماعية والسياسية بهدف تغيير المجتمع إلى أفضل بما يتفق مع آمال الجماهير ومصالحها وأهداف نضالها حتى تصل إلى مجتمع الرفاهية المتوافق .

* الاهتمام بدراسة الفرد والمجتمع، ورعاية الطفولة صانعة المستقبل ورعاية الشباب عصب الأمة ورعاية الكبار (الخير والبركة) وحماية الأسرة الخلية الأولى للمجتمع والعناية بمشكلاتهم، والتخطيط الشامل للنشاط الاجتماعى الاقتصادى بهدف تحقيق أقصى إشباع ممكن لحاجات الناس، وإنشاء وتدعيم الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية التى تحقق ذلك .

* إصدار التشريعات الخاصة بالفحص الطبى والنفسى قبل الزواج، وإرشاد الأزواج، والتشريعات الخاصة بالحد من انتشار المخدرات والمسكرات والمراهنات، والتشريعات الخاصة بحماية الأحداث والمراهقين من المؤثرات الفكرية والاجتماعية الضارة، والتشريعات الخاصة بحماية الأسرة ورعاية الطفولة ورعاية الشباب والعناية بالطلاب والعاملين والعناية بالمعاقين والتشريعات الخاصة بحماية المسنين .

* مراجعة ورعاية القيم والعادات والتقاليد والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية والطاقات الروحية التى يستمدها المجتمع من مثله العليا النابعة من الأديان السماوية ومن تراثه الحضارى بما يحقق الصحة النفسية .

* رفع مستوى الوعى النفسى بين من تتصل أعمالهم بالجمهور وخاصة فى الهيئات والمؤسسات العامة .

* التعبئة النفسية للشعب لتخطى ما مر به من ضغوط وللتغلب على ما يعانى منه أو ما قد يطرأ عليه من ضغوط .

* الاهتمام بالتوجيه والإرشاد النفسى .

* الاهتمام بمفهوم الوقاية من الأمراض النفسية .

إن المجتمع يدفع ثمن تفشى الأمراض النفسية والاجتماعية فيه غالـيًا من حيث الجهد والمال ومن حيث اتساع دائرة سوء التوافق النفسى والاجتماعى . ومن ثم يجب عمل حساب **الإجراءات الوقائية** فى إطار اجتماعى اقتصادى يحمى الفرد والجماعة والمجتمع ويكفل السعادة للجميع . وفيما يلى أهم **الإجراءات الوقائية الاجتماعية:**

* نشر مبادىء الصحة النفسية عن طريق وسائل الإعلام المختلفة .
* رفع مستوى المعيشة والتقريب بقدر الإمكان بين مختلف طبقات الشعب فيما يتعلق بالمستوى الاجتماعى - الاقتصادى وفيما يتعلق بالمعايير السلوكية .
* تيسير سائر الخدمات الاجتماعية بالتوسع فى إنشاء مراكز الخدمة الاجتماعية ومراكز توجيه الأسرة.
* الاهتمام بالتخطيط السكانى ووسائل المواصلات... إلخ .
* إجراء المزيد من البحوث العلمية حول الاضطرابات النفسية الاجتماعية والأسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف .
* الاهتمام بعوامل الضبط الاجتماعى اللازم مع التغير الاجتماعى المستمر الذى يشهده المجتمع .

هذا ويجب الالتفات إلى **أهمية الصحة النفسية فى مجالات الحياة الاجتماعية بالمجتمع**، ولقد تناولنا بالتفصيل أهميتها فى الأسرة وفى المدرسة .

وفيما يلى كلمة عن أهمية الصحة النفسية فى بعض المجالات الأخرى:

* فى مجال الصناعة والعمل (التجارة والزراعة والاقتصاد بصفة عامة) نجد أن الصحة النفسية للعاملين فى غاية الأهمية وخاصة أن جهودنا القومية تتجه بشكل واضح وقوى نحو التصنيع ورفع الكفاية الإنتاجية والعمل . ويسهم علم النفس الصناعى وعلم النفس الاجتماعى جنبًا إلى جنب مع الصحة النفسية فى تحقيق ما نصبو إليه من الفائدة فى مجال الصناعة والعمل من الرعاية والتوجيه والصحة النفسية للفرد والجماعة .
* وفى القوات المسلحة يجب أن يتوافر للمقاتل كل المقومات الإنسانية والمادية حتى يكون دائمًا على قمة الاستعداد واللياقة الجسمية والصحة النفسية حتى يتمكن من حماية النضال الوطنى فى وقت السلم والحرب . ونحن نجد أن علم النفس بصفة عامة وفروعه المختلفة مثل علم النفس العسكرى وعلم النفس الاجتماعى يسهمان جنبًا إلى جنب مع الصحة النفسية فى دراسة أسس السلوك والتفاعل الاجتماعى وعملية التعليم والحرب النفسية فى وقت السلم ووقت القتال، وفى رعاية الصحة النفسية للمقاتلين وفى العلاج النفسى للحالات المرضية التى يمكن أن تصيب رجال القوات المسلحة فى أثناء المواقف التدريبية أو فى أثناء المعارك الحربية .

العاملون فى ميدان الصحة النفسية:

العمل فى ميدان الصحة النفسية يجب أن يكون فى شكل فريق يضم:

المعالج النفسى: Psychotherapist ويتخرج فى أحد أقسام علم النفس ويتخصص فى الصحة النفسية والعلاج النفسى . ويجب أن يزود بالقدر الكافى من المعلومات الطبية التى يحتاج إلى معرفتها فى العلاج النفسى . ويحصل على درجة عليا فى تخصص الصحة النفسية والعلاج النفسى (فى مصر لا تقل هذه الدرجة عن الدكتوراه) . ويختص بالتشخيص والعلاج النفسى .

الأخصائى النفسى: Psychologist ويتخرج فى أحد أقسام علم النفس بالجامعة . ويختص بالقياس النفسى وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسى .

الطبيب النفسى: Psychiatrist ويتخرج فى كلية الطب ثم يدرس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية وقد يتخصص فى الأمراض النفسية والعصبية . ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبى النفسى وبالعالج الجسمى والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحى .

الأخصائى الاجتماعى النفسى: Psychiatric Social Worker ويتخرج فى أحد أقسام أو معاهد الخدمة الاجتماعية، ويؤهل تأهيلا خاصًا فى علم النفس . ويختص بإجراء المقابلة الأولى مع المريض وأسرته ومحل عمله والمؤسسات الاجتماعية المختلفة وبالبحث الاجتماعى وينظم معظم أوجه نشاط العيادة النفسية، وقد يساهم فى العلاج النفسى .

المساعدون النفسيون: مثل أخصائى القياس النفسى والتدريب على الكلام وأخصائى العلاج بالعمل والعلاج باللعب... إلخ .

الممرضون النفسيون: ويتخرجون فى معاهد التمريض . ويدرسون ويتدربون على التمريض النفسى . ويلعبون دورًا هامًا فى العلاج النفسى حيث يقضون أكبر وقت مع المريض . ويختصون بتسجيل السلوك اليومى وسير العلاج وتقدمه والمشاركة فى بعض أشكال العلاج مثل العلاج بالصدمات والعلاج النفسى الجماعى وتهيئة المناخ النفسى المواتى للصحة النفسية والشفاء .

آخرون: وبالإضافة إلى هؤلاء نجد المربين والوالدين وعلماء الدين وغيرهم يستطيعون الإسهام فى الصحة النفسية على المستويين الوقائى والإنمائى .

ويجب أن يكون كل العاملين فى ميدان الصحة النفسية متمتعين هم أنفسهم أولا بالصحة النفسية والتوافق النفسى ففاقد الشىء لا يعطيه . ويجب أن يكون الأخصائى قدوة حسنة للمريض من الناحية السلوكية، فيجب ألا يقول له افعل كما أقول بل يقول افعل كما أفعل .

اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسي[1]:

فيما يلي اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسي الموجودة والمستعملة في جمهورية مصر العربية:

مقياس الصحة النفسية: اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسي: ويقيس الخوف، وعدم التكافؤ، والاكتئاب، والعصبية والقلق، والتنفس والدورة الدموية والارتعاش، والسيكوسوماتية، والخوف على الصحة، والاضطرابات الحشوية، والحساسية والشك، والسلوك السيكوباتي .

مقياس الإرشاد النفسي: وضع بيردي Berdie وليتون Layton ، إعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسي: ويقيس العلاقات المنزلية، والعلاقات الاجتماعية، والثبات الانفعالي والشعور بالمسئولية، والواقعية، والحالة المزاجية، والقيادة . ويصلح للمرحلة الثانوية .

مقياس حدد مشكلتك بنفسك «إعدادي» : تأليف روس موني Mooney، إعداد مصطفى فهمي وصموئيل مغاريوس: ويقيس المشكلات الصحية، والمشكلات المدرسية، والمشكلات العائلية، والمشكلات الاقتصادية، والمشكلات الانفعالية . ويصلح للمرحلة الإعدادية .

مقياس حدد مشكلتك بنفسك «ثانوي» : تأليف روس موني Mooney ، إعداد مصطفى فهمي وصموئيل مغاريوس: ويقيس الصحة، والناحية الاقتصادية، ومشكلات الفراغ، والجنس الآخر، والتوافق الاجتماعي، والمشكلات الانفعالية، والدين، ومشكلات الأسرة، والتوجيه التربوي والمهني، والعمل المدرسي، والمنهج والدراسة، ويصلح للمرحلة الثانوية .

استفتاء مشاكل الشباب: إعداد أحمد زكي صالح: ويقيس مشكلات الشباب في المنزل والأسرة، وبعد المدرسة الثانوية، ورضا الفرد عن نفسه والتعامل مع الناس، والأمور الجنسية، والصحة، والأمور العامة . ويناسب مرحلة الشباب . ويستغرق حوالي ٣٠ - ٤٠ دقيقة .

اختبار مفهوم الذات للصغار: تأليف محمد عماد الدين إسماعيل ومحمد أحمد غالي . ويقيس مفهوم الذات الواقعية، ومفهوم الذات المثالية، ومفهوم الشخص العادي، والتباعد، وتقبل الذات، وتقبل الآخرين . ويصلح للأطفال .

اختبار مفهوم الذات للكبار: تأليف محمد عماد الدين إسماعيل . ويقيس نفس المفاهيم السابقة . ويصلح للكبار .

اختبار التوافق الشخصي والاجتماعي: إعداد عطية هنا . ويقيس التوافق الشخصي والاجتماعي.

(١) نحن نعلم أن من الضروري توافر شروط الاختبار النفسي الجيد، مثل: الموضوعية والصدق والثبات... إلخ.

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه: تأليف ستارك هاثاواى Hathaway وشارلي ماكينلى McKinley اعداد عطيه هنا وآخرين . ويقيس توهم المرض، والانقباض، والهستيريا، والانحراف السيكوباتى، والذكورة - الأنوثة، والهذاء (البارانويا)، والسيكاستينيا، والفصام، والهوس، والانطواء الاجتماعى . ويناسب الكبار .

اختبار الشخصية السوية: تأليف ميتينيكر Mittenecker وتومان Toman إعداد سيد غنيم ومحمد عصمت المعايرجى . ويقيس النقد الذاتى - نقص النقد الذاتى، والاتجاه نحو المجتمع - الاتجاه ضد المجتمع، والانبساط - الانطواء، وغير عصابى - عصابى، وغير الهوس - الهوس، وعدم الاكتئاب - الاكتئاب، وغير المنفصم - المنفصم، وغير البارانويا - البارانويا، وثبات عمل الجهاز العصبى التلقائى - عدم عمل الجهاز العصبى التلقائى .

اختبار مفهوم الذات الخاص: تأليف حامد زهران . ويستكشف المحتويات الشعورية المختزنة فى « مستودع » مفهوم الذات الخاص، والمشكلات الشخصية والأسرية والمدرسية والصحية، والأسرار الشخصية والأسرية والاجتماعية، والخبرات السيئة والذكريات المؤلمة والمواقف الحرجة ومشاعر الذنب والنقص والإحباط والتهديد والقلق، والسلوك الخاطىء أو الشاذ، وأسرار السلوك الجنسى، ومسالب الشخصية، ومظاهر مفهوم الذات السالب، والموضوعات المخجلة والأسئلة المحرجة، والمخاوف المرضية، والاتجاهات السالبة نحو الآخرين، وأسباب المتاعب .

اختبار التشخيص النفسى: تأليف حامد زهران . ويقيس: القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبى، والخواف، والهستيريا، والوسواس والقهر، والتفكك، والاكتئاب، والهوس، والفصام، والهذاء (البارانويا)، والمرض النفسى الجسمى، والاضطرابات الجنسية، والسيكوباتية . ويناسب الشباب والكبار .

التوافق النفسى
ADJUSTMENT

تعريف التوافق النفسى:

التوافق النفسى عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة (الطبيعية والاجتماعية) بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته . وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة .

ويقول صلاح مخيمر (١٩٧٨) إن التوافق هو الرضا بالواقع المستحيل على التغير (وهذا جمود وسلبية واستسلام)، وتغيير الواقع القابل للتغيير (وهذا مرونة وإيجابية وابتكار وصيرورة) . ويرى أن عملية التوافق تتضمن إما تضحية الفرد بذاتيته نزولا على مقتضيات العالم الخارجي وثمنًا للسلام الاجتماعى، أو تتضمن تشبث الفرد بذاتيته وفرضها على العالم الخارجى، فإذا فشل أصبح عصابيًا وإذا نجح كان عبقريًا .

وينظر البعض إلى الصحة النفسية باعتبارها عملية توافق نفسى . ويتحدد ما إذا كان التوافق سليمًا أو غير سليم تبعًا لمدى نجاح الأساليب التى يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبى مع بيئته(١).ونجاح عملية التوافق النفسى يؤدى إلى حالة التوافق النفسى التى تعتبر قلب الصحة النفسية.

أبعاد التوافق:

التوافق الشخصى: ويتضمن السعادة مع النفس والرضا عن النفس، وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والفسيولوجية والثانوية والمكتسبة، ويعبر عن « سلم داخلى» حيث يقل الصراع الداخلى، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو فى مراحله المتتابعة .

التوافق الاجتماعى: ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعى وتقبل التغير الاجتماعى، والتفاعل الاجتماعى السليم والعمل لخير الجماعة، والسعادة الزواجية، مما يؤدى إلى تحقيق « الصحة الاجتماعية» .

التوافق المهنى: ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علمًا وتدريبًا لها والدخول فيها والإنجاز والكفاءة والإنتاج والشعور بالرضا والنجاح، ويعبر عنه العامل المناسب فى العمل المناسب .

عوامل التوافق النفسى.

يعمل الفرد دائمًا على تحقيق التوافق النفسى، ويلجأ فى ذلك إلى أساليب مباشرة وغير مباشرة:

(١) تعبر هذا الدعاء: «اللهم هبنى القوة لتغيير ما أستطيع تغيره من الأمور والتوافق مع ما لا أستطيع تغييره من الأمور، والحكمة للتمييز بين هذه وتلك».

أولا - التوافق النفسى ومطالب النمو: Developmental Tasks

من أهم عوامل إحداث التوافق النفسى المباشرة، تحقيق مطالب النمو النفسى السوى فى جميع مراحله وبكافة مظاهره (جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا) . ومطالب النمو هى الأشياء التى يتطلبها النمو النفسى للفرد والتى يجب أن يتعلمها حتى يصبح سعيداً وناجحًا فى حياته، أى أنها عبارة عن المستويات الضرورية التى تحدد خطوات النمو السوى للفرد . ويؤدى تحقيق مطالب النمو إلى سعادة الفرد، ويسهل تحقيق مطالب النمو الأخرى فى نفس المرحلة وفى المراحل التالية . ويؤدى عدم تحقيق مطالب النمو إلى شقاء الفرد وفشله، وصعوبة تحقيق مطالب النمو الأخرى فى نفس المرحلة وفى المراحل التالية .

وفيما يلى أهم مطالب النمو خلال مراحل النمو المتابعة:

مطالب النمو فى مرحلة الطفولة:

* المحافظة على الحياة، وتعلم المشى، وتعلم استخدام العضلات الصغيرة، وتعلم الأكل، وتعلم الكلام، وتعلم ضبط الإخراج وعاداته، وتعلم الفروق بين الجنسين، وتعلم المهارات الجسمية الحركية اللازمة للألعاب وألوان النشاط العادية، وتحقيق التوازن الفسيولوجى .

* تعلم المهارات الأساسية فى القراءة والكتابة والحساب، وتعلم المهارات العقلية المعرفية الأخرى اللازمة لشئون الحياة اليومية، وتعلم الطرق الواقعية فى دراسة والتحكم فى البيئة، وتعلم قواعد الأمن والسلامة .

* تعلم ما ينبغى توقعه من الآخرين، وخاصة الوالدين والرفاق، وتعلم التفاعل الاجتماعى مع رفاق السن وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين والتوافق الاجتماعى، وتكوين الضمير، وتعلم التمييز بين الصواب والخطأ والخير والشر ومعايير الأخلاق والقيم، والتوحد مع أفراد نفس الجنس وتعلم الدور الجنسى فى الحياة، وتكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات والمنظمات الاجتماعية، وتكوين المفاهيم والمدركات الخاصة بالحياة اليومية، وتعلم المشاركة فى المسئولية، وتعلم وممارسة الاستقلال الشخصى، وتكوين مفاهيم بسيطة عن الواقع الاجتماعى، ونمو مفهوم الذات واكتساب اتجاه نحو الذات، والشعور بالثقة فى الذات وفى الآخرين .

* تحقيق الأمن الانفعالى، وتعلم الارتباط الانفعالى بالوالدين والإخوة والآخرين، وتعلم ضبط الانفعالات وضبط النفس .

مطالب النمو فى مرحلة المراهقة:

* نمو مفهوم سوى للجسم وتقبل الجسم، وتقبل الدور الجنسى فى الحياة، وتقبل التغييرات التى تحدث نتيجة للنمو الجسمى الفسيولوجى والتوافق معها .

* تكوين المهارات والمفاهيم العقلية الضرورية للإنسان الصالح، واستكمال التعليم .

* تكوين علاقات جديدة طيبة ناضجة مع رفاق السن من الجنسين، ونمو الثقة فى الذات والشعور الواضح بكيان الفرد، وتقبل المسئولية الاجتماعية، وامتداد الاهتمامات إلى خارج حدود الذات واختيار مهنة والاستعداد لها (جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا)، وتحقيق الاستقلال اقتصاديًا، وضبط النفس بخصوص السلوك الجنسي، والاستعداد للزواج والحياة العائلية، وتكوين المهارات والمفاهيم اللازمة للاشتراك فى الحياة المدنية للمجتمع، ومعرفة السلوك الاجتماعى المقبول الذى يقوم على المسئولية وممارسته، ونمو والقيام بالدور الاجتماعى الجنسى السليم، واكتساب قيم مختارة ناضجة تتفق مع الصورة العملية للعالم الذى نعيش فيه، وإعادة تنظيم الذات ونمو ضبط الذات .

* بلوغ الاستقلال الانفعالى عن الوالدين وعن الكبار .

مطالب النمو فى مرحلة الرشد:

* تقبل التغيرات الجسمية التى تحدث فى هذه المرحلة والتوافق معها .

* توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع .

* اختيار الزوجة أو الزوج، والحياة مع زوجة أو زوج، وتكوين الأسرة وتحقيق التوافق الأسرى، وتربية الأطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعى لهم، والتطبيع والاندماج الاجتماعى، وممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهنى، وتكوين مستوى اقتصادى مناسب مستقر، والمحافظة عليه، وممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسئولية الاجتماعية والوطنية، وإيجاد روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة، وتكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة، وتقبل الوالدين والشيوخ، ومعاملتهم معاملة طيبة، والتوافق لأسلوب حياتهم، وتكوين فلسفة عملية للحياة .

* تحقيق الاتزان الانفعالى .

مطالب النمو فى مرحلة الشيخوخة:

* التوافق بالنسبة للضعف الجنسى والمتاعب الصحية المصاحبة لهذه المرحلة، والقيام بأى نشاط ممكن يتلاءم مع قدرات الشيوخ .

* تحقيق ميول نشطة وتنويع الاهتمامات .

* التوافق بالنسبة للإحالة إلى التقاعد أو ترك العمل، والتوافق بالنسبة لنقص الدخل نسبيًا، والاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك، والتوافق بالنسبة للتغيرات الأسرية وترك الأولاد للأسرة واستقلالهم فى أسرهم الجديدة، والتوافق لموت الزوجة أو الزوج أو الأصدقاء،

* تكوين علاقات جديدة طيبة ناضجة مع رفاق السن من الجنسين، ونمو الثقة فى الذات والشعور الواضح بكيان الفرد، وتقبل المسئولية الاجتماعية، وامتداد الاهتمامات إلى خارج حدود الذات واختيار مهنة والاستعداد لها (جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا)، وتحقيق الاستقلال اقتصاديًا، وضبط النفس بخصوص السلوك الجنسى، والاستعداد للزواج والحياة العائلية، وتكوين المهارات والمفاهيم اللازمة للاشتراك فى الحياة المدنية للمجتمع، ومعرفة السلوك الاجتماعى المقبول الذى يقوم على المسئولية وممارسته، ونمو والقيام بالدور الاجتماعى الجنسى السليم، واكتساب قيم مختارة ناضجة تتفق مع الصورة العملية للعالم الذى نعيش فيه، وإعادة تنظيم الذات ونمو ضبط الذات .

* بلوغ الاستقلال الانفعالى عن الوالدين وعن الكبار .

مطالب النمو فى مرحلة الرشد:

* تقبل التغيرات الجسمية التى تحدث فى هذه المرحلة والتوافق معها .

* توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع .

* اختيار الزوجة أو الزوج، والحياة مع زوجة أو زوج، وتكوين الأسرة وتحقيق التوافق الأسرى، وتربية الأطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعى لهم، والتطبيع والاندماج الاجتماعى، وممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهنى، وتكوين مستوى اقتصادى مناسب مستقر، والمحافظة عليه، وممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسئولية الاجتماعية والوطنية، وإيجاد روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة، وتكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة، وتقبل الوالدين والشيوخ، ومعاملتهم معاملة طيبة، والتوافق لأسلوب حياتهم، وتكوين فلسفة عملية للحياة .

* تحقيق الاتزان الانفعالى .

مطالب النمو فى مرحلة الشيخوخة:

* التوافق بالنسبة للضعف الجنسى والمتاعب الصحية المصاحبة لهذه المرحلة، والقيام بأى نشاط ممكن يتلاءم مع قدرات الشيوخ .

* تحقيق ميول نشطة وتنويع الاهتمامات .

* التوافق بالنسبة للإحالة إلى التقاعد أو ترك العمل، والتوافق بالنسبة لنقص الدخل نسبيًا، والاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك، والتوافق بالنسبة للتغيرات الأسرية وترك الأولاد للأسرة واستقلالهم فى أسرهم الجديدة، والتوافق لموت الزوجة أو الزوج أو الأصدقاء،

وتكوين علاقات اجتماعية جديدة، وتحقيق التوافق مع رفاق السن، والوفاء بالالتزامات الاجتماعية فى حدود الإمكانات، وتقبل الواجبات الاجتماعية والوطنية، وتقبل التغير الاجتماعى المستمر والتوافق معه ومع الجيل التالى .

* تهيئة الجو النفسى الصحى المناسب للحياة الصالحة لهذه المرحلة .

مطالب النمو فى كل المراحل:

* نمو واستغلال الإمكانات الجسمية إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق الصحة الجسمية، وتكوين عادات سليمة فى الغذاء والنوم والتريض والوقاية الصحية، وتعلم المهارات الجسمية الضرورية للنمو السليم، وحسن المظهر الجسمى العام .
* النمو العقلى المعرفى واستغلال الإمكانات العقلية إلى أقصى الحدود الممكنة، وتحصيل أكبر قدر ممكن من المعرفة والثقافة العامة وعادات التفكير الواضح، ونمو اللغة وسلامة التعبير عن النفس، وتنمية الابتكار .
* النمو الاجتماعى المتوافق إلى أقصى حد مستطاع، وتقبل الذات والثقة بالذات، وتقبل الواقع وتكوين اتجاهات وقيم سليمة، والتقدم المستمر نحو السلوك الأكثر نضجًا، والمشاركة الخلاقة المسئولة فى الأسرة والجماعات الأخرى، والاتصال والتفاعل السليم فى حدود البيئة، والاستمتاع بالحياة التى يستمتع بها الآخرون، وتنمية المهارات الاجتماعية التى تحقق التوافق الاجتماعى السوى، وتحقيق النمو الأخلاقى والدينى القويم .
* النمو الانفعالى إلى أقصى درجة ممكنة، وتحقيق الصحة النفسية بكافة الوسائل، وإشباع الدوافع الجنسية والوالدية والميل إلى الاجتماع .. إلخ، وتحقيق الدوافع للتحصيل والنبوغ والتفوق ... إلخ، وإشباع الحاجات مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء والمكانة والتقدير والحب والمحبة والتوافق والمعرفة وتنمية القدرات والنجاح والدفاع عن النفس والضبط والتوجيه والحرية .. إلخ (حامد زهران، ١٩٩٠) .

ثانيًا – التوافق النفسى ودوافع السلوك: Motives of Behaviour

من أهم الشروط التى تحقق التوافق النفسى **إشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد** . وهذه من أهم العوامل المباشرة لإحداث التوافق النفسى، ولذلك سنوليها عناية خاصة .

يعتبر **موضوع الدوافع أو القوى الدافعة للسلوك** بصفة عامة من الموضوعات الهامة فى علم النفس لأن دوافع السلوك بطبيعة الحال تفسره . إن المعالج النفسى يريد أن يعرف الدوافع وراء المرض النفسى، ورجل القانون يود أن يضع يده على الدوافع وراء السلوك الجانح، والمربى لابد أن يضع دوافع وميول التلاميذ وحاجاتهم فى حسابه، والقائد مطالب بأن يرعى الدوافع الاجتماعية للسلوك، والفرد نفسة ينبغى أن يفهم دوافع سلوكه السوى أو المنحرف . وهكذا . (انظر حامد زهران، ١٩٨٤) .

هذا ويتحدث البعض عن موضوع **الدوافع** باسم **الغرائز** أو باسم الحاجات . ويعتبر السلوك نتاج عملية تتفاعل فيها العوامل الحيوية ومن أمثلتها الحاجات الحيوية (الحشوية والحسية .. إلخ) وإشباعها ضروري لحياة الفرد، والعوامل النفسية والاجتماعية مثل الحاجات النفسية الاجتماعية (إلى الأمن والاجتماع وتأكيد الذات) وإشباعها ضروري لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي [١] .

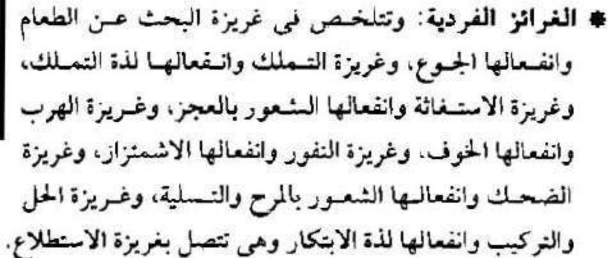
الغرائز: Instincts

يرى ويليام مكدوجال McDougall أن الغرائز هي المحركات الأولى للسلوك. **وتعريف الغريزة** (حسب مكدوجال) أنها استعداد فطري نفسي يحمل الكائن الحي على الانتباه إلى مثيرات معينة يدركها إدراكًا حسيًا ويشعر بانفعال خاص عند إدراكها وعلى العمل أخيرا أو الشعور بدافع إلى العمل بأخذ شكل سلوك معين تجاه هذا الشيء . وعلى هذا فللغريزة ثلاثة مظاهر: مظهر معرفي، ومظهر انفعالي، ومظهر عملي نزوعي.



شكل (٤) ويليام مكدوجال

أما عن **تصنيف الغرائز** فقد قسمها مكدوجال إلى غرائز فردية، وغرائز اجتماعية .



* **الغرائز الفردية:** وتتلخص في غريزة البحث عن الطعام وانفعالها الجوع، وغريزة التملك وانفعالها لذة التملك، وغريزة الاستغاثة وانفعالها الشعور بالعجز، وغريزة الهرب وانفعالها الخوف، وغريزة النفور وانفعالها الاشمئزاز، وغريزة الضحك وانفعالها الشعور بالمرح والتسلية، وغريزة الحل والتركيب وانفعالها لذة الابتكار وهي تتصل بغريزة الاستطلاع.
* **الغرائز الاجتماعية:** وتتلخص في الغريزة الجنسية وانفعالها الشهوة، وغريزة الوالدية وانفعالها الحنو وترتبط بالغريزة الجنسية، وغريزة السيطرة وانفعالها الزهو، وغريزة الخنوع وانفعالها الشعور بالنقص وهي تتصل اتصالا عكسيًا بغريزة السيطرة، وغريزة المقاتلة وانفعالها الغضب، وغريزة التجمع وانفعالها الشعور بالوحدة والعزلة .

أما عن الغرائز عند سيجموند فرويد Freud فنحن نعرف أن فرويد قد فسر الدافعية على أساس الغريزة.

والغريزة عند فرويد قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي (أو حاجات الهو) . فالغريزة مفهوم يقع على حدود الظواهر الحيوية والظواهر النفسية، فهي تمثل مطالب الجسم من الحياة النفسية . ومصدر الغريزة هو حالة من التوتر داخل الجسم وهدفها هو القضاء على

(١) يقول المثل العامي : لولا الحاجة ما مشت الرجلين.

هذا التوتر، وموضوعها هو الأداة التي تحقق الإشباع أو توصل إليه . وهناك عدد كبير من الغرائز، إلا أن معظمها يستنتج من عدد قليل من الغرائز الأساسية .

يقول فرويد بوجود **غريزة الحياة** Eros أو غريزة الحب أو القوى البناءة في النفس، وتهدف إلى البقاء، ويدخل في إطارها غرائز حفظ الذات وحفظ النوع وحب الذات وحب الموضوع ويقابلها **غريزة الموت** Thanatos أو غريزة الهدم أو القوى الهدامة التدميرية في النفس، وتهدف إلى الفناء. ويوجد صراع دائم بين هاتين الغريزتين الأساسيتين . والسلوك حسب هذه الآراء هو مزيج متوافق أو متعارض من غرائز الحياة وغرائز الموت، ويؤدي هذا المزيج إلى اضطرابات في السلوك . مثال ذلك أن الزيادة في العدوان الجنسي تجعل المحب سفاحًا قاتلا، والنقصان الشديد في هذه الناحية يؤدي إلى الخجل والعنة . وإذا اتجه العدوان إلى النفس نرى الشخص يشعر بالذنب وتأنيب الضمير وقد يشد شعره ويلطم وجهه وقد ينتحر .

ويميز فرويد بين **غرائز الأنا** وبين الغريزة الجنسية، فغرائز الأنا هي القوى المعارضة للنزعات الجنسية، وهي التي تعمل على حفظ الأنا . والصراع بين الغرائز الجنسية وبين غرائز الأنا يؤدي إلى الصراع العصابي، والكبت هو نتيجة تفوق غرائز الأنا .

ويرى فرويد أن **الغريزة الجنسية** تلعب دورا هاما في حياة الفرد . وقد لاحظ أن المشكلات الجنسية تكمن وراء الكثير من الاضطرابات النفسية، وقام ببحوث أدت إلى الكشف عن علاقة اضطرابات الغريزة الجنسية بالأمراض النفسية . ويلاحظ أن فرويد استخدم مصطلح « جنسي» بمعناه الواسع مشيرا إلى أي نوع من النشاط الجسمي الذي يجلب اللذة بإشباع الحاجات الجسمية . واعتقد فرويد أن النشاط البشري ينبع من دافع غريزي جنسي في طبيعته، وهو الطاقة الجنسية أو ما أسماه الليبيدو Libido الذي يدل على المظاهر الدينامية للغريزة الجنسية .

ويلاحظ أن فرويد قد أكد أن كثيرًا من العوامل الاجتماعية ترجع إلى دوافع غريزية . فالاضطرابات العاطفية ترجع إلى الغريزة الجنسية، والإبداع يرجع إلى إعلاء الغريزة الجنسية، والعدوان والحرب يرجعان إلى غريزة الموت .

الحاجات: Needs

الحاجة شيء ضروري لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) أو للحياة بأسلوب أفضل (حاجة نفسية) . فالحاجة إلى الأوكسيجين ضرورية للحياة نفسها وبدون الأوكسيجين يموت الفرد في الحال . أما الحاجة إلى الحب والمحبة فهي ضرورية للحياة بأسلوب أفضل وعدم إشباعها يجعل الفرد سيء التوافق .

وتتوقف كثير من خصائص **الشخصية** على، وتنبع من، حاجات الفرد ومدى إشباع هذه الحاجات .

ولا شك أن فهم حاجات الفرد **وطرق إشباعها** يضيف إلى قدرتنا على مساعدته للوصول إلى أفضل مستوى للنمو النفسي والتوافق النفسي والصحة النفسية .

وقد وضع أبراهام ماسلو Maslow ترتيبًا هرميًا للحاجات فى أدناه الحاجات الفسيولوجية مثل الحاجة إلى الطعام والماء والأوكسيجين والراحة والنشاط والجنس والإشباع الحسى وهى الحاجات الأساسية . وعندما تشبع هذه الحاجات ينتقل الفرد إلى إشباع الحاجات فى المستوى الأعلى وهى الحاجات إلى الأمن بمختلف فروعها . يلى ذلك فى المستوى الحاجة إلى الحب والانتماء والتفاعل . يتلو ذلك مستوى الحاجة إلى المكانة والتقدير واحترام الذات . يلى ذلك فى المستوى الحاجة إلى تحقيق الذات . وأخيراً نأتى الحاجات الجمالية .

أهم الحاجات:

الحاجة إلى الحب والمحبة: يشترك جميع أفراد النوع البشرى فى الحاجة إلى الاستجابة العاطفية والحب والمحبة والقبول أو التقبل الاجتماعى والأصدقاء والشعبية . وهى من أهم الحاجات النفسية اللازمة لصحة الفرد النفسية . ولا شك أن كل فرد يسعى إلى أن ينضم إلى جماعة وإلى بيئة اجتماعية صديقة تلائمه من حيث الميول والعواطف والأهواء ويجمع بينهم رباط متين . وهؤلاء الأفراد الذين يشبهونه ويشاركونه فى صفاته وعواطفه يستجيبون بسهولة لعواطفه، ويسعدهم ويسعد بهم .

الحاجة إلى الأمن: أى الحاجة إلى الشعور بأن البيئة الاجتماعية بيئة صديقة، وشعور الفرد بأن الآخرين يحترمونه ويقبلونه داخل الجماعة . وهى من أهم الحاجات الأساسية اللازمة للنمو النفسى السوى والتوافق النفسى والصحة النفسية للفرد . وتظهر هذه الحاجة واضحة فى تجنب الخطر والمخاطرة وفى اتجاهات الحذر والمحافظة . وتتضح الحاجة إلى الأمن فى الطفل الذى يحتاج إلى رعاية الكبار حتى يستطيع البقاء . والحاجة إلى الأمن تستوجب الاستقرار الاجتماعى والأمن الأسرى. والفرد الذى يشعر بالأمن والإشباع فى بيئته الاجتماعية المباشرة فى الأسرة يميل إلى أن يعمم هذا الشعور ويرى البيئة الاجتماعية الواسعة مشبعة لحاجاته، ويرى فى الناس الخير والحب ويتعاون معهم، والعكس صحيح. وكلنا ولا شك فى حاجة إلى الأمن الجسمى والصحة الجسمية والشعور بالأمن الداخلى وتجنب الخطر والألم وإلى الاسترخاء والراحة وإلى الشفاء عند المرض والجرح والحماية ضد الحرمان من إشباع الدوافع والمساعدة فى حل المشكلات الشخصية . والشخص الآمن يشعر بإشباع هذه الحاجة ويشعر بالثقة والاطمئنان . أما الشخص غير الآمن فهو فى خوف دائم من فقدان القبول الاجتماعى ورضا الآخرين، وأى علامة من عدم القبول أو عدم الرضا يراها تهديداً خطيراً لذاته. ويؤدى إشباع حاجات الفرد إلى تحقيق الأمن النفسى Psychological security (حامد زهران، ١٩٨٨). وأهم المظاهر التى يحتاج فيها الفرد إلى الأمن هى الهدف الذى يسعى لبلوغه، والوسيلة التى يتبعها لبلوغ هدفه، والمهنة التى يعيش منها، والعلاقات الاجتماعية التى تصله بالأفراد الآخرين وبالثقافة القائمة . إن الحاجة إلى الأمن تدفع الشخص إلى التجمع مع الآخرين وعمل كل ما من شأنه تحقيق تقبل الجماعة له . ونحن نعرف أن المرض النفسى نوع من فقدان الأمن، والإيمان هو الدواء لفقدان الأمان .

الحاجة إلى تأكيد الذات : يميل الفرد إلى معرفة وتأكيد وتحقيق ذاته بدافع من الحاجة إلى التقدير والمكانة والاعتراف والاستقلال والاعتماد على النفس وإظهار السلطة على الغير وبالرغبة فى التزعم والقيادة . وتدفع هذه الحاجة الإنسان إلى تحسين الذات . وحاجته إلى التقدير تدفعه إلى السعى دائمًا للإنجاز والتحصيل لإحراز المكانة والقيمة الاجتماعية . وهذه حاجة أساسية تدفع الناس دائمًا إلى عضوية الجماعات ، لتحقيق المركز والقيمة الاجتماعية ، والاعتراف من الآخرين ، والنجاح الاجتماعى . وتتضمن الحاجة إلى تأكيد وتحقيق وتحسين الذات الحاجة إلى النمو السوى العادى ، والتغلب على العوائق ، والعمل نحو هدف ، ومعرفة وتوجيه الذات .

الدوافع : Motives

عرفنا أن الغرائز قوى دافعة تعمل على المحافظة على الفرد والجماعة والنوع .

ولقد وجه إلى نظرية الغرائز عدة **انتقادات** كان من نتيجتها أن اتجه فريق من علماء النفس المحدثين إلى الحديث عن الدوافع والحوافز والرغبات والميول والحاجات . كل هذه المصطلحات تحمل معنى الدفع والتحريك ، وأصبح من المصطلح عليه أن مصطلح الدافع هو الشائع استعماله (أحمد زكى صالح، ١٩٧٢) . وإذا كانت الأنظار تتجه غالبًا نحو مصادر الطاقات الحيوية التى تدفع إلى السلوك فإنها يجب أن تتجه أيضًا إلى الطرق التى تتعدل بها هذه الطاقات وتنمو لتصبح **دوافع اجتماعية** (جاردنر مورفى Murphy، ١٩٥٤) . ونحن الآن لم نعد نرجع السلوك البشرى إلى الغرائز فحسب بل إننا نصف السلوك فى ضوء تكامل أهدافه وضرورة سعى الفرد لإشباع الحاجات وتحقيق الأهداف وخفض التوتر . ونحن نرى أن التعليم الاجتماعى يعدل الغرائز والحوافز drives بل ويحولها إلى دوافع للسلوك الاجتماعى ويبرز دوافع اجتماعية جديدة . ويلاحظ أن المجتمع يوجه الغرائز والحوافز ويحدد طريقة إشباعها ويحولها إلى سلوك مقبول اجتماعيًا ومرغوب فيه . والإنسان يسعى دائمًا لإشباع حاجاته إلى الأمن وتحقيق الذات والنجاح والحب ... إلخ ، بطريقة الكائن الاجتماعى الإنسان الذى يستجيب لاتجاهات وقيم أخيه الإنسان . وإذا كنا نقول إن السلوك البشرى يمكن التنبؤ به ، فإن ذلك ممكن فقط فى حالة معرفتنا لدوافع السلوك البشرى والإطار الاجتماعى الذى يحدث فيه السلوك . وهكذا يفضل علماء النفس الآن مصطلح «الدوافع» أكثر من مصطلح «الغرائز» .

ويمكن **تعريف الدافع** بأنه حالة جسمية أو نفسية داخلية (تكوين فرضى) يؤدى إلى توجيه الكائن الحى تجاه أهداف معينة ومن شأنه أن يقوى استجابات محددة من بين عدة استجابات يمكن أن تقابل مثيرًا محددًا .

هذا ولا يمكن إخضاع الدوافع للملاحظة المباشرة وإنما **نلاحظها عن طريق السلوك** الناتج عنها .

ومما نلاحظه أنه يمكن أن يقال إن هناك **دوافع متعددة** بقدر ما هناك أوجه للنشاط أو السلوك البشرى .

هذا ويمكن التحدث عن الدوافع بالنسبة للحاجات الأساسية التى تشبعها هذه الدوافع . ويهمنا هنا أن نفرق بين **نوعين رئيسين من الدوافع** :

* **الدوافع الأولية أو الدوافع الفطرية** : وهذه يولد الفرد مزودًا بها ، وهى التى يلزم تحقيقها أو إشباعها لحفظ بقاء الكائن الحى مثل الحاجة إلى الغذاء (الجوع) والحاجة إلى النوم والراحة. ويعتبر الدافع الجنسى من الدوافع الأولية التى تعمل على بقاء النوع . والإنسان هنا يشترك مع الحيوان فيما يختص بالدوافع الأولية .

* **الدوافع الثانوية أو الدوافع المكتسبة** : وهى التى تضبط سلوكنا الاجتماعى وهى مكتسبة أو متعلمة ، وتأتى الدوافع الاجتماعية هنا على رأس القائمة مثل الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة والحاجة إلى المشاركة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى والحاجة إلى إثارة انتباه الآخرين والحاجة إلى الأمن والتقدير والميل إلى السيطرة .

والدافع الاجتماعى عبارة عن دافع يثيره ويشبعه ولو جزئيًا أشخاص آخرون على العكس من الدافع الفسيولوجى الجسمى الذى يثيره ويشبعه تغير فى الوظائف الفسيولوجية ولكننا غالبًا ما نجد تداخلا بين هذين النوعين من الدوافع .

وتأتى **الدوافع الذاتية** أو الدوافع **الشخصية** ضمن الدوافع الثانوية ومن أمثلتها الحاجة إلى النجاح والحاجة إلى الاستقلال والميل إلى التملك .

وفيما يلى بعض الملاحظات على الدوافع :

* وراء كل سلوك دافع .
* الدافع الواحد يؤدى إلى ألوان من السلوك تختلف باختلاف الأفراد .
* الدافع الواحد يؤدى إلى ألوان مختلفة من السلوك لدى الفرد نفسه تبعًا لوجهة نظره أو الموقف الخارجى .
* السلوك الواحد قد يصدر عن دوافع مختلفة .
* التعبير عن الدوافع يختلف من ثقافة لأخرى .
* الدوافع كثيرًا ما تبدو فى صورة رمزية .
* السلوك الإنسانى يندر أن يصدر عن دافع واحد .
* تصنف الدوافع حسب ما تشبعه (حشوى ، حسى ، اجتماعى ... إلخ) .
* قوة الدوافع وشكلها تعتبر أمرًا فرديًا .

* الدوافع تعدل الغرائز في ضوء التوقعات الاجتماعية .

* الدافع يهدف إلى تحقيق أهداف الفرد والجماعة .

* تختلف الدوافع الاجتماعية من جماعة لأخرى ومن بيئة لأخرى .

* تتعدد الدوافع بقدر ما هناك من أوجه للنشاط والسلوك البشرى .

أهم الدوافع :

الدافع الجنسي : وهو من أقوى الدوافع لدى الإنسان وأكبرها أثرًا في سلوكه وصحته النفسية. فهو يدفعه إلى التواد والتزاوج والتكاثر . ورغم أن هذا الدافع أولى إلا أننا نلاحظ أن العوامل النفسية الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في إثارة الشهوة الجنسية وإخمادها وفى ضبطها وتوجيهها والتسامى بها ، وتحدد السلوك الجنسي وتضبطه وتقننه لتضمن سواءه ، وقد تؤدى إلى انحرافه وشذوذه . ولقد فرضت على هذا الدافع الكثير من القيود وأصبح مغلفًا بالكثير من المعايير الاجتماعية والتعاليم الدينية والقيم الأخلاقية . وتلعب **التربية الجنسية** دوراً هامًا في تهذيب التعبير السلوكي والدافع الجنسي لما له بصفة خاصة من آثار اجتماعية لا تخفى على أحد .

دافع الوالدية : إن الإنجاب ورعاية الأطفال وحضانتهم وإغداق العطف والحب والحنان يرضى في الوالدين دافع الوالدية . وتمدنا دراسات علم الإنسان بمعلومات تفيد بوجود اختلافات في أسلوب التعبير عن دافع الوالدية في المجتمعات المختلفة .

الميل إلى الاجتماع : يسعى الإنسان إلى الانتماء إلى الجماعة لأنه كائن اجتماعي بالطبع ، لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الجماعة . وهو يتلمس في الجماعة إشباع حاجته إلى الانتماء وحاجته إلى **التقدير الاجتماعي** والقبول والاحترام والمكانة الاجتماعية . ويتضح الميل إلى الاجتماع وينشأ نتيجة تفاعل الفرد مع الأفراد الآخرين في المجتمع على مستوياته المختلفة . ويزداد هذا الدافع أو هذا الميل مع الفرد وهو ينمو ويزداد شعوره بكيانه الاجتماعي وبرغبته في التفاعل والتعاون مع غيره من الأفراد . وينطوى الميل إلى الاجتماع على عواطف نحو الأفراد الآخرين من سماتها أنها توسع نطاق العلاقات الاجتماعية للفرد . وتشبع الجماعات دافعًا قويًا عند الفرد ، يطلق عليه بعض العلماء «**الجوع الاجتماعي**» وهذا الدافع يبلغ من القوة أنه يستطيع أن يعدل كثيراً من سلوك الفرد. فعندما ينضم الفرد إلى جماعة ما يجد نفسه في كثير من الأحيان مضطراً إلى التضحية بكثير من مطالبه الخاصة ورغباته في سبيل الحصول على القبول الاجتماعي من أفراد الجماعة ، ونجده يساير معايير الجماعة وقوانينها وتقاليدها . والجوع الاجتماعي هو الذي يدفع إلى **التطبيع الاجتماعي** أى أن يأخذ أفراد الجماعة كلهم صبغة واحدة ويكتسبوا الاتجاهات العامة . يضاف إلى هذا **الميل إلى التوحد مع الجماعة** أى تمثل وتبنى أهدافها واتجاهاتها ومعاييرها ، ويرى الفرد الجماعة كامتداد لنفسه(١) .

---

(١) يقول المثل العامي : « جنة من غير ناس ما تنداس » .

. **دافع المقاتلة**: (الميل إلى العدوان) الإنسان بطبيعته مسالم لا يميل إلى المقاتلة أو العدوان إلا إذا اعترضت عقبات فى سبيل إشباع حاجاته الأساسية التى بدونها لا يستطيع الحياة . ودافع المقاتلة والميل إلى العدوان يكتسب فى ظل البيئة التى يعيش فيها الفرد نتيجة احتكاكه بالجماعة التى يعيش فيها بما يتضمنه ذلك من إحباط وقمع وصراع . والإنسان من خلال عملية التنشئة الاجتماعية يكسب ويتعلم أفضل أساليب التعبير عن هذا الدافع والتسامى به . وانظر إلى الاستعاضة عن سلوك المقاتلة عن طريق العنف الجسمى والتخريب والتحطيم بأسلوب مهذب كالتهكم باللفظ أو الإيماءة أو النكتة أو الهجاء أو المقاضاة .

دافع السيطرة : أى الحاجة إلى تحقيق مكانة مرتفعة داخل الجماعة وفرض حاجات الفرد على الآخرين وتحقيق القوة للسيطرة عليهم . وحين ينضم الفرد إلى الجماعة فإنه يسعى أولا إلى إشباع حاجته إلى الأمن وحاجته إلى التقبل الاجتماعى . وبعد ذلك يبدأ فى التعبير عن رغبته فى المكانة واحتلال المراكز القيادية وإشباع الدافع إلى السيطرة. ولقد أوضح ألفريد آدلر Adler أن الطموح والعدوانية والحاجة إلى السيطرة تعبر عن رغبة أساسية فى **القوة** . ونحن نجد أن كل فرد يعبر عن رغبته فى السيطرة فيسعى للحصول على القوة **والمكانة** المرموقة التى تجعله محط أنظار الآخرين . وتشير الدراسات العديدة حول هذا الدافع إلى أنه نتاج الثقافة التى نعيش فيها ، فإذا كانت الثقافة تؤكد **التنافس** والسيطرة والتفوق على الآخرين اكتسب الأفراد والجماعات هذا الميل وتميز به سلوكهم ، أما إذا كانت الثقافة تؤكد التعاون الجماعى فإن هذا الدافع يكون ضعيفًا أو يميل إلى عدم الظهور جليًا .

دافع التملك : وهو الدافع أو الميل أو الرغبة فى الامتلاك الشخصى والحصول على أشياء أو خبرات مفيدة كالثروة والممتلكات . وفى بعض المجتمعات نجد أن التملك يصل إلى أقصاه ، فكل حجر وكل ما على الأرض يدخل فى نطاق الملكية الخاصة . بينما نجد بعض المجتمعات تعيش على نظام اشتراكى . وهكذا تدل دراسات علم الإنسان على أن الميل إلى التملك دافع مكتسب يكتسبه الفرد من البيئة وينمو معه بحسب ظروف المجتمع الذى يعيش فيه .

دافع اللعب : ويبدو واضحًا عند جميع الأفراد فى كل الأعمار ولكن بصور مختلفة . وهناك فرق بين اللعب من حيث هو دافع وبين اللعب من حيث هو سلوك . واللعب له وظيفة حيوية هى إعداد الصغار لحياة الكبار وتدريبهم وتنمية وظائفهم الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المختلفة ، وهو أيضًا يساعد على التخفف من القلق ، وهو أسلوب للتعليم والتشخيص والعلاج .

دافع الاستطلاع : وتثيره الأشياء والمواقف والخبرات الجديدة ، وهو ينزع بالفرد إلى استطلاع الشيء أو الموقف وفحصه وبحثه . وانظر إلى الطفل وهو يستطلع ويستكشف العالم المحيط به وينتقل من خبرة إلى أخرى ، إنه يمسك بكل ما تصل إليه يداه ويسأل عن كل شيء . إن هذا الدافع من أهم الدوافع التى أدت إلى نمو واطراد العلم والمعرفة . ويشتمل هذا الدافع على عدة مستويات :

* المستوى المعرفى : الرغبة فى المعرفة والفهم والتعلم والتحصيل .

* المستوى الحركى : الرغبة فى تعلم المهارات الحركية كالمشى والتسلق والعوم ... إلخ .

* المستوى الانفعالى : الرغبة فى خبرة المشاعر الجديدة .

ثالثا - التوافق وحيل الدفاع النفسى : Defense Mechanisms

تعتبر حيل الدفاع النفسى **أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسى**

وحيل الدفاع النفسى هى وسائل وأساليب توافقية **لا شعورية** من جانب الفرد من **وظيفتها** تشويه ومسخ الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات التى لم تحل والتى تهدد أمنه النفسى، وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة فى النفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية **والأمن النفسى** .

وتعتبر هذه الحيل بمثابة **أسلحة دفاع نفسى** تستخدمها الذات ضد الإحباط والصراع والتوتر والقلق .

وحيل الدفاع النفسى تعتبر محاولات للإبقاء على التوازن النفسى من أن يصيبه الاختلال . وهى حيل عادية تحدث لدى كل الناس، السوى واللاسوى والعادى والشاذ والصحيح والمريض ، ولكن الفرق بينهما هو نجاح الأول وإخفاق الثانى باستمرار ، ووجودها بصورة معتدلة عند الأول وبصورة مفرطة عند الثانى . وما زاد عن الحد انقلب إلى الضد .

وتختلف حيل الدفاع النفسى (اللاشعورية) عن الضبط الشعورى conscious control للسلوك الذى يعتبر عملية توافق واعية مرنة يتطلب طاقة واقعية كافية من ذات مدركة واعية (ماستر Master، ١٩٦٧) .

وتتعدد حيل الدفاع النفسى وتنقسم إلى أقسام منها :

حيل الدفاع الانسحابية (أو الهروبية) : مثل الانسحاب والنكوص والتثبيت والتفكيك والتخيل والتبرير والإنكار والإلغاء والسلبية .

حيل الدفاع العدوانية (أو الهجومية) : مثل العدوان والإسقاط والاحتواء .

حيل الدفاع الإبدالية : مثل الإبدال والإزاحة والتحويل والإعلاء والتعويض والتقمص والتكوين العكسى والتعميم والرمزية والتقدير المثالى .

وهناك تقسيم آخر لحيل الدفاع النفسى وهو :

حيل الدفاع السوية : وهى غير عنيفة وتساعد الفرد فى حل أزمته النفسية وتحقيق توافقه النفسى ، مثل الإعلاء والتعويض والتقمص والإبدال .

حيل الدفاع غير السوية : وهى عنيفة ويلجأ إليها الفرد عندما تخفق حيله الدفاعية السوية فيظهر سلوكه مرضيًا ، مثل الإسقاط والنكوص والتثبيت والعدوان والتحويل والتفكيك والسلبية .

وفيما يلى حيل الدفاع النفسى :

الإعلاء (التسامى) : Sublimation

هو الارتفاع بالدوافع التى لا يقبلها المجتمع وتصعيدها إلى مستوى أعلى أو أسمى ، والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعيًا .

مثال ذلك : إعلاء إشباع الدافع الجنسى بكتابة الشعر الغرامى ، وإعلاء إشباع دافع العدوان إلى رياضة مثل الملاكمة .

التعويض: Compeusation

هو محاولة الفرد النجاح فى ميدان لتعويض إخفاقه أو عجزه (الحقيقى أو المتخيل) فى ميدان آخر مما أشعره بالنقص ، أو الظهور بصفة مقبولة لتعويض وتغطية صفة غير مقبولة .

مثال ذلك : طفل يعانى من اضطراب الكلام يدفعه لتعويضه بأن يصبح فيما بعد خطيبًا مفوهًا ، وشخص قصير القامة يشعر بنقص فيعوضه بالنجاح العلمى أو النجاح السياسى (١) ، وشخص فاشل دراسيًا يعوض ذلك لتفوق الرياضى .

يقول المثل العامى : أقرع ودقنه طويلة فال شىء يعوض شيء .

ويقول مثل آخر : يا وحشة كونى نغشه .

ويقول مثل ثالث : فقرا يمشوا مشى الأمرا .

التقمص (التوحد) : Identification

هو أن يجمع الفرد ويستعير ويتبنى وينسب إلى نفسه ما فى غيره من صفات مرغوبة ويشكل نفسه على غرار شخص آخر يتحلى بهذه الصفات . أى أن الفرد يتوحد أو يندمج فى شخصية شخص آخر أو جماعة أخرى بها صفات مرغوبة لا توجد لدى الفرد . وهكذا نجد أن التقمص فيه تسليم ضمنى بالنقص ، وأنه تكميل للنقص .

والتقمص يختلف عن التقليد فى أن التقمص لا شعورى بينما التقليد شعورى .

مثال ذلك : تقمص شخصيات الأبطال والنجوم والوالدين والأساتذة .

الاحتواء (الاستدماج) : Introjection

هو استدخال وامتصاص الفرد فى بناء ذاته شخصًا أو موضوعًا أو مشاعر أو عواطف ومعايير وقيم الآخرين ، ويستجيب وكأن ذلك عنصر من نفسه .

---

(١) إذا كان لديك نقص جسمى كالقصر مثلا فلا تقلق ، فالقلق لن يطيل جسمك . واسمع قول فرانسيس بيكون Beacon «إن الأعرج الذى يسير فى الطريق الصحيح ، يسبق المتعجل الذى يحيد عنه» .

والاحتواء عكس الإسقاط .

مثال ذلك : امتصاص الفرد لمعايير السلوك الاجتماعى وإدماجها فى بناء الشخصية والتعبير عنها على أنها خصائص سلوكه الشخصى .

الإسقاط : Projection

هو أن ينسب الفرد ما فى نفسه من عيوب وصفات غير مرغوبة إلى غيره من الناس ويلصقها بهم (وبصورة مكبرة) . ومثل الإسقاط هنا مثل ما يحدث عند إسقاط صورة من (الفانوس) على « الشاشة » ، فالصورة المسقطة مصدرها الفانوس وإن ظهرت مسقطة على الشاشة . وقد يحيل الفرد ذلك على «القدر» أو « سوء الحظ » . ويعتبر الإسقاط اعترافًا لا شعوريًا على النفس أكثر منه اتهامًا للغير . (وانظر إلى أصابعك عندما تتهم إنسانًا ، إن إصبعا واحدا يشير إلى هذا الإنسان ، وأربعة تشير إليك أنت) (انظر شكل ٥).

شكل (٥) الإسقاط

والإسقاط عكس الاحتواء .

مثال ذلك : وصف الناس واتهامهم باللامبالاة أو الأنانية أو الغش أو الكذب والبخل أو سوء الخلق أو الخيانة ... إلخ ، واتهام امرأة رجلا بأنه يحبها ويغازلها فى حين أنها هى التى تحبه وتود أن تغازله ، وميل الرجل الذى تنطوى نفسه على رغبة لا شعورية فى خيانة زوجته إلى اتهامها بالخيانة .

ويقول المثل العامى : زانى ما يآمن لامراته .

ويقول آخر : عيوبى لا أراها وعيوب الناس أجرى وراها .

ويقول ثالث : كلم الفاجرة تدهيك وتجيب اللى فيها فيك .

ويقول الشاعر :

وعاجز الرأى مضياع لفرصته ... حتى إذا فات أمر عاتب القدرا

ويقول آخر :

أرى كل إنسان يرى عيب غيره ... ويعمى عن العيب الذى هو فيه

ويقول ثالث :

ومطروفة عيناه عن عيب غيره ... فإن بان عيب من أخيه تبصرا

النكوص : Regression

هو العودة أوالردة أوالرجوع أو التقهقر إلى مستوى غير ناضج من السلوك وتحقيق نوع من الأمن والتوافق حين تعترض الفرد مشكلة أو موقف محبط .

مثال ذلك : شيخ يسلك سلوك مراهق بعد أن كان قد أقلع عنه (١) ، وامرأة راشدة تسلك سلوك فتاة مراهقة . وراشد يبكى عندما تقابله مشكلة ، ومراهق يسلك سلوك طفل ينكص إلى التفكير الخرافى البدائى ، وطفل كبير يعود إلى التبول اللاإرادى بعد أن يكون قد تم ضبطه كما فى حالات الغيرة عند ميلاد طفل جديد .

التثبيت : Fixation

هو توقف نمو الشخصية عند مرحلة من النمو لا يتخطاها ، عندما تكون مرحلة النمو التالية بمثابة تهديد خطير . ويعتبر التثبيت رفضًا لعملية النمو . ومن مظاهره التثبيت الانفعالى .

مثال ذلك : السلوك الانفعالى الطفلى الذى يصدر عن شاب ، أو السلوك الاجتماعى المراهقى الذى يصدر عن راشد .

التفكيك (العزل) : Dissociation

هو فك الرابطة بين الانفعال والأفعال ، وبين أنماط السلوك المتناقضة ، وعزل كل منها فى واد بعيد عن الآخر . ويتم هذا فى إطار من المعالجة الفكرية intellectualization .

مثال ذلك : شخص يصلى ويزنى ، وكأن هذه دقة وتلك دقة (ازدواج الشخصية) .

السلبية : Negativism

هى مقاومة المسئوليات والضغوط حيث يفعل الشخص غير ما يطلب منه أو يتجنب فعله .

مثال ذلك : الصمت والمقاومة والمعارضة والرفض .

العدوان : Agression

هو هجوم يوجه نحو شخص أو شيء مسئول عن إعاقة بالغة .

مثال ذلك : الكيد أو التشهير أو الاستخفاف أو النكت اللاذعة أو الهجاء الموجه إلى الأعداء .

يقول المثل العامى : العطشان يكسر الحوض .

الانسحاب : Withdrawal

هو الهروب والابتعاد عن عوائق إشباع الدوافع والحاجات وعن مصادر التوتر والقلق وعن مواقف الإحباط والصراع الشديد . والانسحاب سلوك سلبى .

---

(١) وينطبق عليه قول الشاعر (بتصرف) :

ألا ليت المشيب يعود يوما فأخبره بما فعل الشباب

مثال ذلك : الانسحاب الانفعالى والعزلة والوحدة لتجنب الإحباط فى مجال التفاعل الاجتماعى.

يقول المثل : ابعد عن الشر وغنى له .

التخيل : Fantasy

وهواللجوء إلى عالم الخيال لتحقيق ما عز تحقيقه من نجاح فى الواقع . مثال ذلك : الاستغراق المفرط فى أحلام اليقظة وبناء القصور فى الهواء ، وحلم الفقير بالغنى ، وحلم الضعيف بالقوة .

يقول المثل العامى : حلم الجوعان عيش .

التحويل : Conversion

هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن نفسها خارجيًا من خلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات الفسيولوجية .

مثال ذلك : صدمة الانفجار التى تصيب الجنود فى ميدان الحرب (صدمة الميدان) وتؤدى إلى العمى الهستيرى .

التبرير : Rationalization

هو تفسير السلوك (الفاشل أو الخاطىء) وتعليله بأسباب منطقية معقولة وأعذار مقبولة شخصيًا واجتماعيا.

والتبرير يختلف عن الكذب فى أن التبرير لا شعورى يخدع به الفرد نفسه بينما الكذب شعورى يخدع به الآخرين.

مثال ذلك : تبرير عدم الزواج من فتاة جميلة مرغوبة رفضت إتمام الزواج بأنها سيئة السلوك .

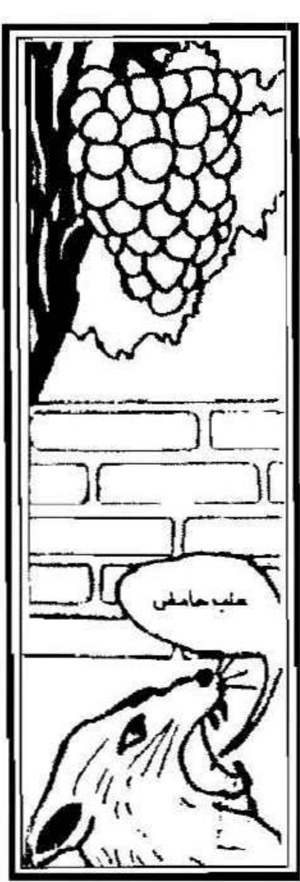
والمثل الشهور هنا « العنب الحامض » Sour grapes .

يقول الشاعر :

وثب الثعلب يومًا وثبة
شغفا منه بعنقود العنب
لم ينله قال هذا حصرم
حامض ليس لنا فيه أرب

ويقول المثل العامى : إذا بعد عليك العنقود ، قل حامض يا عنب . ويقول مثل آخر : اللى ما تعرفش ترقص تقول الأرض عوجة .

كذلك فإن الفرد قد يبالغ فى تقدير قيمة سلوكه أو سماته.



شكل (٦) التبرير

والمثل المشهور هنا « الليمون الحلو » Sweet Lemon.

ومن الناس من يرون التواكل توكلا والتبذير كرمًا والبخل حرصًا والقسوة حزمًا والفوضى حرية والعنوسة استقلالا والفقر حشمة .

ولقد قيل : افعل أى شيء تقرره وستجد مثلا يبرره

(يحيى الرخاوى ، ١٩٦٥)

الإنكار : Denial

هو الإنكار اللاشعورى للواقع المؤلم أو المسبب للقلق ، وذلك برفض إدراكه أو مواجهته ، ويبدو الفرد شأنه شأن النعام يدفن رأسه فى الرمال . وهوحيلة تعبر بوضوح عن الهروبية escapism .

مثال ذلك : إنكار موت عزيز ، وإنكار خطر خارجى .

يقول الشاعر :

وإذا الحقائق أحرجت صدر الفتى ألقى مقالده إلى التمويه

ويقول المثل العامى : ودن من طين وودن من عجين .

الإلغاء (الإبطال) : Undoing

هو قيام الفرد بسلوك يعاكس ما قام به فعلا وكان غير مقبول شخصيًا أو اجتماعيًا وكأنه يحاول إصلاح ما أفسد وإلغاء وإبطال ومحو مفعوله . إنه يعبر عن التوبة repentance .

مثال ذلك : إلغاء الأم عقابها لطفلها بإغراقه بالحب، وإلغاء الذنب بالتوبة .

يقول الشاعر :

إنى لأكثر مما سمتنى عجبًا يد تشج وأخرى منك تأسونى

ويقول المثل العامى : يجرح ويداوى .

ويقول مثل آخر : زى اللى الصابونه فى إيد والنجاسة فى إيد يطرطش ويغسل .

الكبت : Repression

هو إبعاد الدوافع والأفكار المؤلمة أو المخزية أو المخيفة أو الخطيرة المؤدية إلى القلق من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور حتى تنسى . وهو وسيلة توقى إدراك الدوافع التى يفضل الفرد إنكارها وكأنه يهذب ذاته خشية الشعور بالإثم والندم وعذاب الضمير وإيلام الذات . والكبت يعتبر بمثابة دفن خبرات حية ، تحاول دائمًا الخروج ثانية إلى حيز الشعور . ويمكن أن تظهر المكبوتات مثلا فى الأحلام وزلات اللسان .

والكبت يختلف عن القمع Suppression في أن القمع يتضمن كبح وضبط النفس شعوريًا في ضوء المعايير الاجتماعية خشية الخزى والعار .

مثال ذلك : الغيرة المكبوتة ، والحقد المكبوت .

النسيان : Forgetting

هو إخفاء الخبرات والمواقف غير المقبولة أو المهددة عن الوعي والإدراك . وهو ينتج عن حيلة الكبت .

مثال ذلك : نسيان موعد غير مرغوب ، ونسيان اسم شخص مكروه .

الإزاحة : Displacement

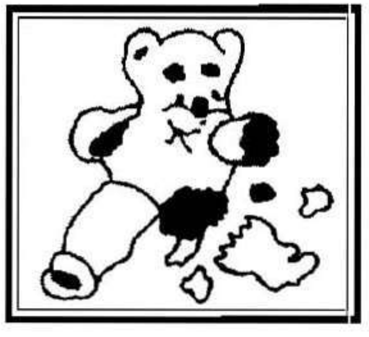
هى إعادة توجيه الانفعالات المحبوسة نحو أشخاص أو موضوعات أو أفكار غير الأشخاص أو الموضوعات أو الأفكار الأصلية التى سببت الانفعال . وعادة تكون الأشخاص أو الموضوعات أو الأفكار التى تزاح إليها الانفعالات هدفًا آمنًا أو على الأقل أكثر أمنًا من الهدف الأعلى . والانفعال المزاح غالبًا يكون انفعال كراهية وخوف .

مثال ذلك : إزاحة حب امرأة إلى ابنها ، وإزاحة كره الرئيس إلى المرؤوس ، وإزاحة كره الأب إلى المعلم .

الإبدال : Substitution

هو اتخاذ بديل لتحقيق هدف أو سلوك غير مقبول اجتماعيًا . ويكون البديل عادة مشابها إلى حد كبير للهدف أو السلوك غير المقبول اجتماعيًا .

مثال ذلك : إبدال السلوك العدوانى الموجه إلى أحد الوالدين أو أحد الإخوة إلى لعبة وتحطيمها (انظر شكل ٧).



شكل (٧) الإبدال

التعميم : Generalization

هو تعميم تجربة أو خبرة معينة على سائر التجارب والخبرات المشابهة أو القريبة منها .

مثال ذلك ما يقوله المثل العامي : اللى يقرصه التعبان يخاف من الحبل .

التكوين العكسى : Reaction Formation

هو التعبير عن الدوافع والرغبات المستنكرة سلوكيًا في شكل معاكس أو في شكل مضاد مقبول (مبالغ فيه عادة) .

مثال ذلك : التدين كتكوين عكسى للإلحاد ، والإفراط فى الاحتشام كتكوين عكسى لرغبات جنسية قوية مكبوتة ، ومهاجمة التفكير الخرافى كتكوين عكسى للإيمان به ، والإفراط فى الحب كتكوين عكسى للكراهية الشديدة ، والإفراط فى الرقة كتكوين عكسى للعدوان ، والإفراط فى السرور والضحك كتكوين عكسى لمصيبة كبيرة. وكما يقال: شر البلية ما يضحك. (انظر شكل ٨) .



شكل (٨) التكوين العكسى

يقول الشاعر عمر بن أبى ربيعة :

خبروها بأننى قد تزوجـ ت فظلت تكاتم الغيظ سرا

ثم قالت لأختها ولأخرى جزعا : ليته تزوج عشرا

الرمزية : Symbolization

هى اعتبار مثير لا يحمل أى معنى انفعالى رمزًا لفكرة أو اتجاه مشحون انفعاليًا .

مثال ذلك : اهتمام شاب بملابس النساء رمزًا لاهتمامه بالجنس الآخر .

التقدير المثالى : Idealization

هو المبالغة فى التقدير ورفع الشأن بما يعمى الفرد عن حقيقة الشىء ويحرمه من النظرة الموضوعية.

مثال ذلك : المبالغة فى تقدير المحبوب ووصفه بكل المحاسن وتنزيهه عن كل المساوىء .

يقول المثل : حسن فى كل عين ما تود .

ويقول المثل العامى : الخنفسة فى عين أمها عروسة .

ويقول الشاعر :

وعين الرضا عن كل عيب كليلة ولكن عين السخط تبدى المساويا

الوقاية من المرض النفسي

PREVENTION

يوجه علم الصحة النفسية وعلم النفس اهتمامًا كبيرًا إلى الوقاية من المرض النفسي أو ما يطلق عليه البعض « **التحصين النفسي** » بقدر ما يوجه إليه من عناية بفهمه وتشخيصه وعلاجه . ونحن نعرف أن الوقاية خير من العلاج ، وأنها تغنى عن العلاج . وأن جرام وقاية خير من طن علاج ، وأن الطن من الوقاية يكلف المجتمع أقل مما يكلفه جرام واحد من العلاج فضلا عن أن حصيلته تشمل المجتمع بأسره (١) .

ونحن نعلم أنه للوقاية من المرض النفسي لابد من معرفة أسباب الأمراض النفسية وإزالتها ، وتحديد الظروف التي تؤدى إليها حتى نضبطها ونقلل آثارها ، ونهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية . ويقسم البعض الوقاية إلى أولية وثانوية ومن الدرجة الثالثة . الوقاية الأولية تحاول منع حدوث المرض أو تقليل حدوثه فى المجتمع أوالتدخل بمجرد أن يلوح خطر حدوث الاضطراب لدى المعرضين له ، والوقاية الثانوية تحاول تشخيص المرض فى مرحلته الأولى والتدخل المبكر لحالات الاضطراب فى كل الأعمار ، والوقاية من الدرجة الثالثة تحاول تقليل أثر الإعاقة الباقية أو النكسة وإزمان المرض . (لويس جونينج – شيبرز وهانزهاجين Gunning - Schepers Hagen، ١٩٨٧، حامد زهران ، ١٩٨٨).

وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من المرض النفسي فى الإجراءات الوقائية الحيوية ، والإجراءات الوقائية النفسية ، والإجراءات الوقائية الاجتماعية (حامد زهران ، ١٩٧٣) .

الإجراءات الوقائية الحيوية :

تركز الإجراءات الوقائية الحيوية فى التأكيد على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه والرعاية الصحية التالية الفرد. وتحاول كذلك تعديل العوامل التناسلية بحيث نحصل على أفراد أصحاء منذ البداية .

وتتضمن الإجراءات الوقائية الحيوية ما يلى :

الصحة العامة ، وتشمل :

* رعاية الأم طبيًا ونفسيًا منذ وقت الإخصاب وأثناء الحمل وعند الولادة وبعدها ، وخاصة الأم التى سبق أن ولدت أطفالاً ناقصى النمو أو أولادًا بهم تلف فى المخ .

(١) يقول الشاعر : توقى الداء خير من تصد لأيسره وإن قرب الطبيب
ويمكن أن يقال فى هذا المقام لكل فرد : عود نفسك صيانة شخصيتك واستشر الأخصائيين قبل أن تخر صريع المرض.

* وقاية الأطفال من الأمراض وتنمية المناعات لديهم وتحصينهم وتطعيمهم ضد الأمراض المعروفة وتزويدهم بالتغذية الملائمة فى الطفولة .
* تكوين عادات العناية بالجسم والنظافة .
* التخلص من العوامل الخطرة فى البيئة ومراعاة الاحتياجات الخاصة بالسلامة وتجنب الحوادث .
* إعداد الوالدين لدور الوالدية وتوجيههما بخصوص الأهمية الانفعالية لميلاد الطفل والمشكلات النفسية والطبية للأطفال .
* تغيير العوامل غير السليمة فى مواقف الحياة لضمان علاقات عائلية هادئة ولضمان بيئة نفسية صحية بالنسبة لكل من الأطفال والوالدين .
* الفحص الطبى الدورى لضمان الاكتشاف المبكر لأى مرض عضوى .
* تهيئة الظروف التى تؤدى إلى أفضل مستوى لضمان وسيلة لمقاومة ضغوط الحياة .
* العلاج النفسى والاجتماعى المبكر لإزالة العوامل المسببة للاضطرابات ومساعدة الفرد على تحقيق التوافق النفسى على المدى القريب والبعيد .

النواحى التناسلية ، وتشمل :

* منع ولادة أطفال لوالدين لديهما أمراض وراثية، ويصل الحال فى بعض الدول إلى حد تعقيم المرضى العقليين .
* رسم « خريطة كروموزومية » للعروسين تفيد فى التنبؤ باحتمال وجود أى مرض عضوى فى نسلهما مستقبلا .
* دراسة التركيب الفعلى للمورثات « الجينات » للتفريق بين المورثات العادية والمرضية، وإذا أمكن تصحيح الوضع مما يؤدى إلى منع المرض الوراثى، وخاصة مع تقدم علم الهندسة الوراثية.

الإجراءات الوقائية النفسية :

مفتاح الصحة النفسية هو أن ينمو الفرد نموا سليما وينشأ تنشئة اجتماعية سوية وأن يتوافق شخصيا واجتماعيا ومهنيا وأن يعرف مشكلاته حين تطرأ فى حياته ويحددها ويدرسها ويفسرها ويضبطها ويعالجها .

وتتضمن الإجراءات الوقائية النفسية ما يلى :

النمو النفسى السوى ، ويشمل :

* العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق فى كل مراحله وفى كافة مظاهره فى ضوء مطالب النمو بغية تنشئة أجيال من الأطفال والمراهقين والراشدين وحتى الشيوخ يتمتعون بالصحة الجسمية والنفسية والسعادة الاجتماعية والقدرة على الإنتاج .

* المرونة فى عملية الرضاعة والتدريب على الإخراج والتنشئة الاجتماعية .
* الحرية التى تتناسب مع درجة النضج .
* التوجيه السليم والمساندة ، وضرب المثل والأسوة الحسنة أمام الطفل .
* سيادة جو مشبع بالحب يشعر فيه الطفل بأنه مرغوب فيه ومحترم وينظر إليه كعضو هام فى الجماعة .
* عمل حساب أثر المستوى الاجتماعى الاقتصادى فى عملية النمو ، وذلك بإثراء حياة المواطنين بحيث تختفى العوامل التى تؤثر تأثيراً سيئًا فى نمو الشخصية .
* تعليم الوالدين وتأكيد أهمية العلاقات الصحية بينهما وبين الطفل ولفت الأنظار إلى خطورة العلاقات السيئة والظروف غير المناسبة والتربية الخاطئة وآثارها على الصحة النفسية .
* إمداد الوالدين بالمعلومات الكافية عن النمو النفسى للأطفال ، ضمانًا للنمو النفسى الصحى للشخصية .
* تزويد الوالدين بالمعلومات عن الحاجات النفسية للأطفال وكيفية إشباعها .
* توجيه وإرشاد الوالدين بما يحقق وجود مناخ نفسى صحى يؤدى إلى الصحة النفسية لكل أفراد الأسرة .
* ضمان وجود التعاون الكامل بين الأسرة والمدرسة فى رعاية النمو النفسى للأطفال .
* ضمان ملاءمة المناهج التربوية لمرحلة نمو التلاميذ وقدراتهم وحاجاتهم .
* القيام بالتربية الجنسية فى إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية والضمير بهدف تحقيق التوافق والسلوك الجنسى السوى .
* الاهتمام بنمو الشخصية بكافة مظاهرها جسميًا وعقليًا واجتماعيًا وانفعاليًا ... إلخ .
* تحقيق التكامل الشخصى وتجنب أى مواقف مشكلة لا لزوم لها .

نمو المهارات الأساسية ، وتشمل :

* تحقيق التوافق الانفعالى، ويتضمن :

- رعاية النمو الانفعالى وتربية الانفعالات وترويضها من أجل تحقيق التوافق الانفعالى مما يضمن المشاركة الإيجابية فى الحياة .
- العمل على التخلص من الحساسية الانفعالية والتعبير السليم عن الانفعالات وضبطها حسب مقتضى الحال .
- القدرة على السلوك السوى بانفعالات عادية والقيام بالواجبات رغم هذه الانفعالات .

- القدرة على ضبط الانفعالات المشكلة مثل الخوف والغضب والعدوان والحزن ، وعلى فهم الدور العادى لمثل هذه الانفعالات فى سلوك الفرد ، وعلى منعها من إعاقة تحقيق أهدافه وتوافقه .
- تشجيع الانفعالات الإيجابية مثل الحب والمرح مما يملأ الحياة بهجة وسعادة .

* تحقيق التوافق الاجتماعى، ويتضمن :

- وجود علاقة متينة مع الوالدين أو من يقوم مقامهما ومع الأهل .
- رعاية النمو والتوافق الاجتماعى وتنمية الذكاء الاجتماعى .
- تحقيق علاقات اجتماعية سوية مع الأشخاص الهامين فى حياة الفرد .
- النجاح فى اجتذاب أنظار شريك الحياة والزواج السعيد ، وتكوين صداقات ناجحة .
- العمل على تقبل المسئولية الاجتماعية وإتاحة الفرصة لمارستها .
- معرفة الحقوق والواجبات والحاجات والمسئوليات والأدوار فى التفاعل الاجتماعى فى ضوء المعايير الاجتماعية المرتضاة .
- فهم الذات وتنمية مفهوم موجب للذات ، وفهم الآخرين وإقامة علاقات متينة معهم ، وتقبل واحترام الآخرين وإن اختلفت الآراء .
- التحديد الواعى للأهداف والقيم والميول .

* رعاية النمو العقلى ، وتتضمن :

- رعاية نمو المهارات العقلية والذكاء والتحصيل وتنمية الابتكار والتوافق الدراسى .
- توفير إمكانات التعليم ونمو المهارات الكافية فى التعلم وحل المشكلات واتخاذ القرارات .
- التوجيه التربوى الذى يضمن تحقيق مستقبل تربوى ناجح وموفق .

التوافق الزواجى ، ويشمل :

* التوجيه والإرشاد قبل الزواج الذى يتضمن الإعداد الكافى للزواج مما يؤدى إلى النجاح والرضا والسعادة خلال زواج مستمر « *خاصة فى حالة الزواج المبكر والزواج المتأخر* » .
* التوفيق فى الزواج المبنى على المشاركة فى الخبرات وتكوين روابط انفعالية قوية مما يساعد كلا من الزوجين على الشعور بالكفاية والرضا والأمن .
* بناء وحدة أسرية قوية تضم أطفالا أصحاء مما يشعر الوالدين بالنجاح .
* تحقيق العوامل الأساسية للزواج السعيد مثل النضج الانفعالى للزوجين والاتجاهات الواقعية نحو الزواج والفهم المتبادل للواجبات والمسئوليات الزواجية .

* التوافق نتيجة للتشابه بين الزوجين من ناحية السن والمستوى العقلي المعرفي والديني والاتجاهات والقيم ... إلخ .
* اتفاق الأهداف فيما يتعلق بإنجاب الأطفال والنواحي الاقتصادية وأوجه النشاط في وقت الفراغ والعلاقات مع الأقارب والأصدقاء ... إلخ .
* التجاذب الجسمي والتقارب الانفعالي والتوافق الجنسي .
* سلامة العوامل البيئية ومناسبة مستوى المعيشة .

التوافق المهني ، ويشمل :

* التوجيه المهني الذي يضمن الاختيار الموفق والنجاح والرضا والتقدم في العمل وتيسير الفرص المتكافئة في العمل .
* التوافق المهني مما يؤدي إلى التحرر من القلق الاقتصادي وإلى الشعور باحترام الذات والإنجاز والأمل في المستقبل .

المساندة أثناء الفترات الحرجة، وتشمل :

* المساندة الانفعالية لأفراد الأسرة في مواجهة المواقف الأليمة مثل الطلاق وموت عزيز أو فقد وظيفة أو عملية جراحية... إلخ.
* المساندة الانفعالية للطفل من جانب الوالدين لتجنب الصدمات الانفعالية التي قد تحدث نتيجة الإيداع بالمستشفى لتفادي القلق الذي يسببه البعد عن الأسرة بالإضافة إلى القلق الذي يسببه المرض.
* المساندة الانفعالية لمساعدة الفرد في تخطي العقبات، وأثناء الضغوط والاضطرابات الموقفية في الحياة.
* مساندة الراشدين والأطفال أثناء المواقف الحرجة مثل الطلاق، وتأكيد أن الحياة لابد أن تستمر وأن الفرد عليه أن يبني من جديد رغم مثل هذه الخبرات الصادمة.
* المساندة الانفعالية أثناء التعرض للأحداث التي ترسب المرض النفسي والتي تظهر المرض الذي هيأت له عوامل أخرى كثيرة.
* تهيئة الظروف اللازمة للنمو النفسي السوي في حالة فقدان أحد الوالدين أو كليهما.

التنشئة الاجتماعية، وتشمل :

* مساعدة الأطفال والمراهقين خلال عملية التنشئة الاجتماعية في تعلم الأدوار الاجتماعية والقيم والمعايير الاجتماعية وفلسفة الحياة.

* تنمية المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصى والاجتماعى والتى تجعل الفرد يشعر بأهميته ويثق فى نفسه.
* تقبل المسئوليات الاجتماعية والإسهام فى التقدم الاجتماعى وتقبل التغير الاجتماعى.
* الاعتقاد فى القيم التى نحاول الوصول إليها عن طريق العلم والتكنولوجيا والإيمان بالله والوطن وإشاعة المناخ الديموقراطى الذى يعتبر مناخًا صحيًا يؤدى إلى السعادة والتقدم لكل من الفرد والمجتمع.

الإجراءات الوقائية الاجتماعية :

يولى العلماء اهتمامًا متزايدًا بالإجراءات الوقائية الاجتماعية. ولقد زاد الاهتمام بالبحوث العلمية « المحلية، والقومية، والدولية » التى تركز على فهم وتصحيح وضبط الأسباب الاجتماعية للاضطرابات النفسية.

وتتضمن الإجراءات الوقائية الاجتماعية ما يلى :

الإجراءات الاجتماعية العامة، وتشمل :

* رفع مستوى المعيشة والاهتمام بالإسكان، والتخطيط السكانى، ووسائل المواصلات، وتيسير الخدمات الاجتماعية، وتيسير خدمات الصحة النفسية فى المجتمع.
* الاهتمام ببرامج التوعية بوسائل الإعلام المختلفة كالإذاعة والتليفزيون والصحافة والنشرات العامة، وتوجيه وإرشاد الوالدين والجمهور بصفة عامة بكل ما يتعلق بالوقاية من المرض النفسى.
* الاهتمام بالبرامج الوقائية فى مراكز رعاية الأسرة ومراكز رعاية الطفولة والأمومة ومراكز رعاية الشباب ومراكز رعاية الشيوخ والعيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسى.

الدراسات والبحوث العلمية، وتشمل :

* البحوث حول مدى حدوث وتوزيع الاضطرابات النفسية مع الاهتمام بوصف أنماط السلوك الشاذ وتحديد كمه وتباينه بالنسبة للمناطق الجغرافية والمستويات الاجتماعية الاقتصادية مما يساعد فى تحديد « مناطق المرض » حيث يجب أن تتركز الجهود الوقائية والعلاجية.
* البحوث حول الأسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف، وتشمل تأثير الظروف الاجتماعية على نمو الشخصية وسماتها تمهيدًا لإزالة هذه الأسباب.
* البحوث حول الآثار النفسية لمشكلات التقدم العلمى والتكنولوجى والصناعى، وآثار القلق الناتج عن العجز أمام خطر الحرب النووية، والانفجار السكانى العالمى والتغير الاجتماعى والثقافى السريع. ويجب عمل حساب الإجراءات الوقائية الخاصة بالضبط الاجتماعى اللازم مع التغير الاجتماعى مثل النمو الحضرى والتغير العمرانى والتصنيع، وتغير الأسرة من حيث حجمها

وشكلها وخروج المرأة إلى ميدان العمل والإنتاج والهجرة والانفتاح وتغير بعض القيم الاجتماعية التقليدية وقضية الحرب والسلام... إلخ.

التقييم والمتابعة. وتشمل :

* تقييم نتائج الجهود الوقائية والعلاجية والآثار الجانبية لبعض أنواع العلاج ووسائله.
* تقييم برامج الصحة النفسية التي تقوم بها المؤسسات العامة والخاصة.
* تقييم ومتابعة عمل المعالجين النفسيين والأطباء النفسيين في عملهم الحر.

تخطيط الإجراءات الوقائية :

تقع **مسئولية** تخطيط الإجراءات الوقائية من المرض النفسي على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية والمعاهد العلمية المتخصصة في هذا المجال. وهناك مسئولية متكاملة تحتم ضرورة المشاركة في التخطيط بين كل الجهات المعنية لصالح الجميع.

إن **برنامج الوقاية** يجب أن يتناول ظروف الفرد والجماعة والمجتمع، ويجب أن يختلف بحسب عضو الأسرة الذي يوجه إليه كالأب أو الأم أو الأولاد... إلخ، ويجب أن يوجه على مستوى المجتمع في مجالات التربية والعمل والصحة... إلخ، وعلى مستوى الأحداث الهامة مثل الزواج والولادة والتقاعد... إلخ، وعلى مستوى احتمال الاضطراب لدى الفرد أو الأسرة أو في المجتمع.

ولا شك أن **المجتمع الذكي** هو الذي يهيىء المناخ الاجتماعي والثقافي الذي ييسر النمو السوي لأفراده وجماعاته ويقوم بكل ما يكفل الوقاية من المرض النفسي.

ولعل المواطنين يتعودون على إجراء **الفحص النفسي الشامل دوريًا** من أجل الوقاية من الاضطرابات والأمراض النفسية، ولعل مدارسنا تبدأ بتقديم هذه الخدمات الضرورية.

هذا، وقد أكدت توصيات المؤتمر المصري الأول للطب النفسي الذي عقد في القاهرة (مارس ١٩٨٦) على ضرورة الاهتمام بالوقاية من المرض النفسي، ويدخل في ذلك الاهتمام بالنواحي النفسية والتأهيلية في وسائل الإعلام والمدارس ومؤسسات العمل.

---

(١) يعبر ريموند كاتيل Cattell (١٩٦٥) عن ذلك في شكل معادلة على النحو التالي :

س = د (م × ش)

حيث س = الاستجابة السلوكية د = دالة م = المثير ش = الشخصية

أي أن الاستجابة السلوكية دالة لخصائص كل من المثير والشخصية.

الشـــــخصية

PERSONALITY

يهتم علم الصحة النفسية بدراسة الشخصية فى توافقها واضطرابها. والسلوك فى سوائه وانحرافه يعتبر نتاجًا للشخصية [١]. وحول دراسة الشخصية غير العادية والمريضة تدور بحوث علم النفس المرضى وعلم نفس الشواذ والتحليل النفسى والتوجيه والإرشاد النفسى[١].

تعريف الشخصية:

من أهم تعريفات الشخصية تعريف جوردون ألبورت Allport (١٩٣٧) وهو: «الشخصية هى التنظيم الدينامى فى الفرد لجميع الأجهزة النفسية الجسمية الذى يحدد توافقه الفريد مع بيئته» .

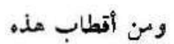
وتعرف الشخصية بإيجاز على النحو التالى: «الشخصية هى جملة السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية (الموروثة والمكتسبة) التى تميز الشخص عن غيره» .

نظريات الشخصية :

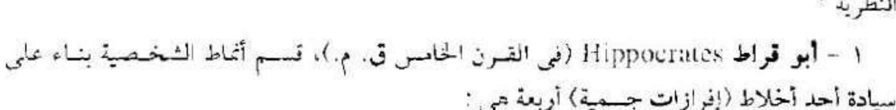
أولا : نظرية الأنماط :

هى من أقدم نظريات الشخصية. وحاولت تصنيف شخصيات الناس إلى أنماط تجمع بين الأشخاص الذين يندرجون تحت نمط واحد. والنمط هو نموذج لسمات وخصائص تتجمع ويمكن تمييزها عن نماذج أخرى، وهو يلخص تجمع السمات الأساسية الفطرية أوالجسمية التى تكونت فى مستهل حياة الفرد ولا تخضع لتغير أساسى. وعلى ذلك فنمط الشخصية يدل على جوهر الشخص، وهو نواة يصعب تغييرها.

شكل (٩) أنماط الشخصية



ومن أقطاب هذه النظرية :



١ - **أبو قراط** Hippocrates (فى القرن الخامس ق. م.)، قسم أنماط الشخصية بناء على سيادة أحد أخلاط (**إفرازات جسمية**) أربعة هى :

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى دراسة الشخصية ما يلى :

- Journal of Personality .
  Journal of Personality Assessment
- Journal of Projective Techniques and Personality Assessment .
- Journal of Research in Personality .

* الدم : وتفرزه الكبد.
* البلغم : وتفرزه الرئتان.
* الصفراء : وتفرزها المرارة.
* السوداء : ويفرزها الطحال.

وسيادة أحدها على الآخر يحدد نمط شخصية الفرد ومزاجه من بين الأنماط الأربعة التالية :

أ - النمط الدموى « دموى المزاج » Sanguinic (متفائل، نشط، سهل الاستثارة، سريع الاستجابة، حاد الطبع، متحمس، واثق). (شكل ٩ - ١).

ب - النمط البلغمى « بلغمى المزاج » Phlegmatic (خامل، بليد، منزو، متبلد الانفعال، فاتر، بارد، متراخ، عديم المبالاة) (شكل ٩ - ٢).

جـ - النمط الصفراوى « صفراوى المزاج » Choleric سريع الانفعال، غضوب، عنيد، طموح). (شكل ٩ - ٣).

د - النمط السوداوى (سوداوى المزاج) Melancholic (متشائم، منطو، مكتئب، هابط النشاط، بطيء التفكير، متأمل). (شكل ٩ - ٤).

والشخص الصحيح نفسيًا هو الذى يكون عنده توازن بين الأمزجة الأربعة.

٢ - أرنست كريتشمر Kretschmer : قسم أنماط الشخصية إلى أربعة هى :

أ - النمط البدين (ممتلىء الجسم، قصير الساقين، قصير العنق، عريض الوجه) (مرح، منبسط، اجتماعى، صريح، سريع التقلب).

ب - النمط النحيل (نحيل الجسم، طويل الأطراف، دقيق القسمات) (منطو، مكتئب).

جـ - النمط الرياضى (رياضى، قوى العضلات، ممتلئ الجسم) (نشط، عدوانى).

د - النمط غير المنتظم (وهو ماليس كذلك). (شكل ١٠).



شكل (١٠) أنماط الشخصية (حسب كريتشمر وشيلدون)

٣ - **شيلدون** Sheldon: قسم أنماط الشخصية إلى ثلاثة هي :

أ - النمط الداخلي التركيب endomorphic « الحشوي » السمين (النمط الحشوي الأساسي) (المتراخي) يميل إلى الراحة الجسمية والاسترخاء والنوم، هادئ، بطئ الاستجابة، يحب مظاهر الأدب، مرح، يحب الأكل، روحه اجتماعية، يحب الحفلات الاجتماعية، منبسط، متسامح، طيع سهل الانقيادوالخضوع، هادئ انفعاليًا، راض عن ذاته، يأخذ أكثر مما يعطي.

ب - النمط المتوسط التركيب mesomorphic « العضلي » (النمط الجسمي الأساسي) (العنيف) يميل إلى إثبات الذات وتأكيدها، يحب العمل والنشاط والحيوية والحركة، يحب السيطرةوالعدوان والتنافس، تباس، صلب الرأي، يحب المخاطرة الجسمية، شجاع وجريء، لا يبالي بالألم، لا يبالي بمشاعر الآخرين، صوته جهوري، طليق.

جـ - النمط الخارجي التركيب ectomorphic « الجلدي » (النحيف) (النمط المخي الأساسي) (المنضبط) يميل إلى التوتر والتيقظ والحساسية، متحفظ دقيق الحركة، سريع الاستجابة، نشط ومتيقظ عقليًا، مفكر، متأمل، يكبت انفعالاته، علاقاته الاجتماعية ضعيفة، يحب العزلة والخصوصية، قلق، خجول، متزمت.

٤ - **كارل يونج** Jung : قسم أنماط الشخصية إلى اثنين هما :

أ - النمط الانبساطي : extravert (نشط، اجتماعي، يميل إلى المشاركة في النشاط الاجتماعي، يهتم بالناس، له صداقات كثيرة، بواح، متوافق، مقبل على الدنيا في حيوية وصراحة). ويتفرع هذا النمط الرئيسي إلى أربعة أنماط فرعية هي.:

* الانبساطي التفكيري (مفكر يهتم بالحقائق الموضوعية كالعالم الخارجي الواقعي التجريبي، عملي واقعي، ينتج أفكارًا جديدة).
* الانبساطي الوجداني (اجتماعي، سهل الاختلاط، حسن التوافق الاجتماعي، مندفع، انفعالي، منطلق في التعبير الانفعالي الظاهر).
* الانبساطي الحسي (يستمد اللذة المباشرة من خبرته الحسية، يحتاج إلى إثارة خارجية مستمرة، يحب التجديد والتنويع، سريع الملل).
* الانبساطي الإلهامي (يعتمد على الحدس، يحب التجديد، جريء مخاطر، مغامر، مندفع، يحب الأشياء غيرالعادية، لا يحترم العادات).

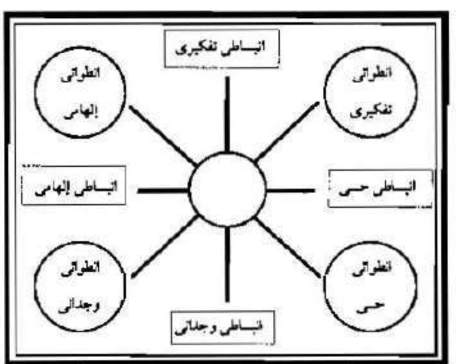
ب - النمط الانطوائي introvert (انسحابي، غير اجتماعي، انعزالي يتحاشى الصلات الاجتماعية، يفكر دائمًا في نفسه، متمركز حول ذاته، يخضع سلوكه لمبادىء مطلقة وقوانين صارمة، غير مرن، غير متوافق، شكاك).

ويتفرع هذا النمط الرئيسي إلى أربعة أنماط فرعية عي :

* الانطوائي التفكيري (فيلسوف أو باحث نظري، يهتم بالأفكار والعالم الداخلي والواقع الداخلي، خجول، صامت حتى في صحبة الزملاء).

* الانطوائي الوجداني (ينطوي على حالات وجدانية عميقة قوية، قوي الانفعال، يحب بقوة ويكره بعنف ويحزن بشدة، تحكمه العوامل الذاتية، يميل إلى العزلة).
* الانطوائي الحسي (ذاتي في إدراكه، يحب تأمل المحسوسات والطبيعة).
* الانطوائي الإلهامي (يهتم بالجانب السلبي والأسود من الخبرات وبكل ما هو ذاتي وغريب وغير عادي، متقلب).

(انظر شكل ١١).



شكل (١١) أنماط الشخصية (حسب يونج)

ثانيًا - نظرية السمات :

الشخصية هنا عبارة عن انتظام دينامي لمختلف سمات الفرد. وتقوم هذه النظرية على أساس تحديد السمات العامة للشخصية الي تكمن وراء السلوك.

والسمة هي الصفة أو الخاصية (الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية) الموروثة أو المكتسبة، التي يتميز بها الفرد. وتعبر عن استعداد ثابت نسبيًا لنوع معين من السلوك.

والسمات إما أن تتوقف على عوامل وراثية مثل حالة الجهاز العصبي وجهاز الغدد وعملية التمثيل الغذائي ولا تحتاج إلى تعليم أو تدريب، وإما أن تكون السمات مكتسبة متعلمة عن طريق الارتباط الشرطي والتعميم والتدعيم والتوحد والتقليد... إلخ.

ولقد حاول علماء النفس حصر سمات الشخصية فكان عددها بالآلاف، وعندئذ لجأوا إلى التحليل العاملي وحصلوا عن طريقه على السمات العامة.

ومن أقطاب هذه النظرية :

١ - **جوردون ألبورت** Allport : قسم السمات إلى :

أ - السمات الوراثية : التي تنتقل بالوراثة.

ب - السمات الظاهرية : التي تحددها البيئة.

٢ - **هانز أيزينك** Eysenck حدد :

أ - الانبساط extraversion : المنبسط (اجتماعي، مرح، سريع، نشط، مندفع، غير دقيق، غير مثابر، مستوى طموحه منخفض، مرن، منخفض الذكاء نسبيًا، يحب النكتة).

ب - الانطواء introversion : المنطوي (مكتئب، غير مستقر، بليد، سهل الاستثارة، يشعر بالنقص، متقلب المزاج، يستغرق في أحلام اليقظة، يبتعد عن الأضواء والمناسبات الاجتماعية، أرق، لا يطرب للنكتة، مثابر، ذكي، دقيق، بطيء، ذو طموح مرتفع).



شكل (١٢)
جوردون ألبورت



شكل (١٣)
هانز أيزنك

جـ - العصابية neuroticism (الاستعداد للمرض العصابي) :

العصابي (يشكو قصوراً في العقل والجسم، ذكاؤه متوسط قابل للإيحاء، غير مثابر، بطيء التفكير والعمل، غير اجتماعي، يميل إلى الكبت).

د - الذهانية psychoticism (الاستعداد للمرض الذهاني) الذهاني (تركيزه قليل، ذاكرته ضعيفة، كثير الحركة، مبالغ، بطيء القراءة، مستوى طموحه منخفض).

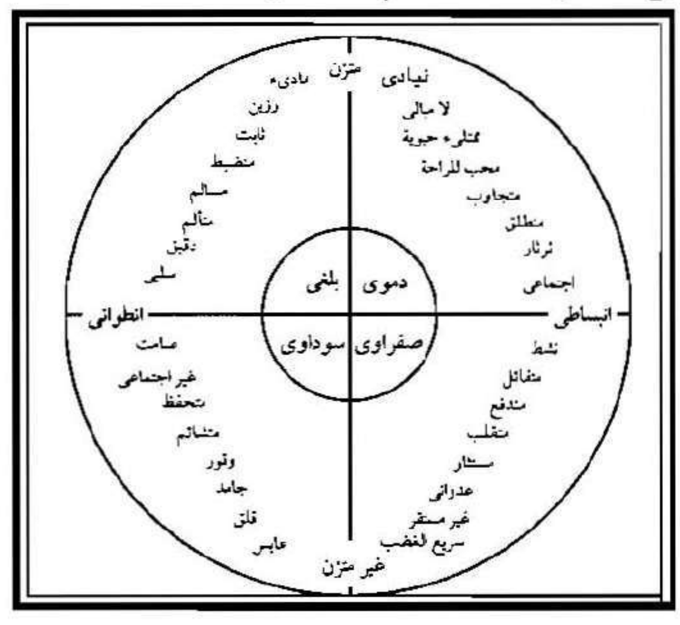
يضاف إلى ذلك أبعاد مثل :

* المحافظة - التطرف (الجذرية).
* البساطة - التعقيد.
* الصلابة - الليونة.
* الديموقراطية - التسلطية.

٣ - **ريموند كاتيل** Cattell توصل إلى السمات الآتية : (وهي سمات ثنائية القطب)

* الاجتماعية ضد العدوانية : (اجتماعي ومحب للناس وسهل المعاشرة ضد عدواني وناقد ومنسحب).
* الذكاء العام ضد الضعف العقلي : (ذكي ضد غبي).
* الثبات الانفعالي أو قوة الأنا ضد عدم الثبات الانفعالي أو ضعف الأنا : (ثابت انفعاليًا وناضج وهادىء ضد انفعالي وغير ناضج)
* التحرر ضد المحافظة : (منطلق ضد متبلد)
* السيطرة ضد الخضوع : (عدواني ضد وديع).
* الانبساط ضد الانطواء: (مبتهج ومرح ضد هادىء وقلق).

* قوة الأنا الأعلى ضد ضعف الأنا الأعلى : (مثابر ومصمم ضد غير مثابر ولا يعتمدعليه).
* المخاطرة والإقدام ضد الحرص والخجل : (مغامر ومندفع ضد خجول ومنعزل).
* الواقعية ضد الرمانتيكية : (واقعي وعملي ضد خيالي وقلق)
* البساطة ضد نقد الذات : (يحب العمل الجماعي ضد فردى متعنت).
* الثقة الكاملة بالنفس ضد الميل للشعور بالإثم : (يثق بنفسة ومرح ضد حساس ومهموم).
* الاكتفاء الذاتي ضد الاعتماد على الجماعة : (يعتمد على نفسه ضد يعتمد على الجماعة).
* قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات : (يسيطر على نفسه وقوى العزيمة ضد متهاون لا يسيطر على انفعالاته).
* قوة التوتر الدافعي ضد ضعف التوتر الدافعي : (متوتر وسهل الاستثارة ضد مسترخ وهادىء).
* التبصر ضد السذاجة : (سريع وواقعي وقادر ضد مبهم وحساس ولا يضبط انفعالاته). (انظر شكل١٤)



شكل (١٤) بعض أنماط وأبعاد وسمات الشخصية

ثالثًا – النظرية السلوكية : (نظرية المثير والاستجابة)

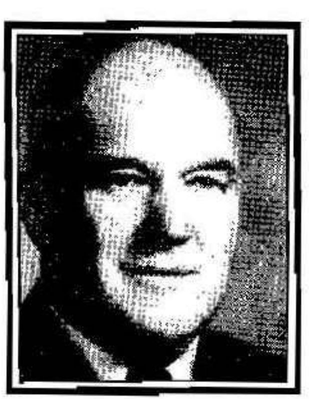
تقول النظرية السلوكية إن الفرد فى نموه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم ويحتفظ بها.

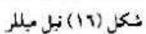
وقد بنيت النظرية السلوكية على أساس من البحوث التجريبية المعملية بهدف تفسير السلوك الإنساني. ومن أوائل أقطاب هذه النظرية ويليام جيمس James. وقد ساهم إيفان بافلوف Pavlov إسهامًا هامًا حين أوضح عملية الاقتران الشرطى وما يتصل بها من عمليات التعزيز والتعميم. وقضى

روبرت واطسون Watson على الذاتية فى تفسير الظاهرات النفسية. ووضع ثورنديك Thorndike قانون الأثروالنتيجة. وجاء بعدذلك كلارك هل Hull ثم جون دولارد ونيل ميللر Dollard and Miller وغيرهم.



شكل (١٥) جون دولارد





شكل (١٦) نيل ميللر

وكان من أهم تطبيقات **نظرية التعلم** (خاصة نظرية كلارك هل) فى مجل الشخصية هو ما قام به جون دولارد ونيل ميللر Dollard & Miller (١٩٥٠).

والشخصية حسب النظرية السلوكية هى التنظيمات أوالأساليب السلوكية المتعلمة الثابتة نسبيًا التى تميز الفردعن غيره من الناس.

ويحتل مفهوم « العادة » مركزًا أساسيًا فى النظرية السلوكية باعتبار أن العادة مفهوم يعبر عن رابطة بين المثير والاستجابة. واهتمت هذه النظرية بتحديد الظروف التى تؤدى إلى تكوين العادات وإلى انحلالها أو إحلال أخرى محلها. والعادة عند أصحاب هذه النظرية هى تكوين مؤقت وليست تكوينًا دائمًا نسبيًا. كما أن العادات متعلمة ومكتسبة وليست موروثة. وعلى هذا فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير.

وأبرزت النظرية أهمية **الدافع أو الباعث**، وهو مثير قوى بدرجة كافية لدفع الفرد وتحريكه إلى السلوك. ومن الدوافع ما هو أولى موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش والجنس والألم، ومنها ما هو ثانوى مكتسب متعلم مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء إلى جماعة... إلخ.

وتحدث جون دولارد ونيل ميللر عن عدة مفاهيم هامة فى عملية التعلم وهى : المثير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابة. وتناولا كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعورية. وبذلك يكونان قد زاوجا بين نظرية كلارك هل فى التعلم وبين نظرية التحليل النفسى.

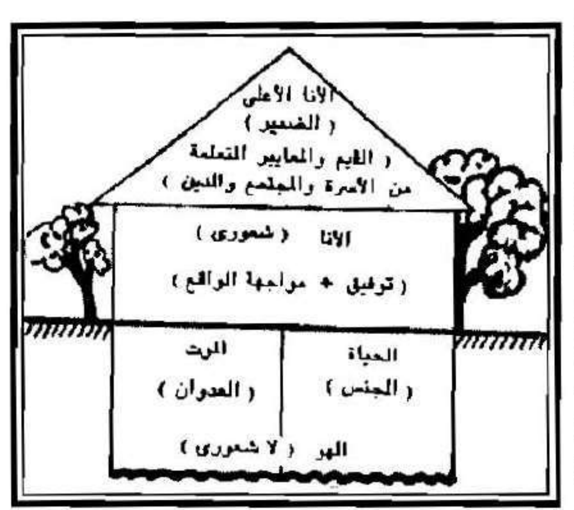
رابعًا - نظرية التحليل النفسى :

١ - مفاهيم عامة فى نظرية التحليل النفسى :

أ - الشخصية :

يقول **سيجموند فرويد** Freud (١٩٢٧، ١٩٣٣) مؤسس هذه النظرية، إن **الجهاز النفسى** يتكون فرضيًا من الهو والأنا الأعلى والأنا.

أما **الهو** id فهو أقدم قسم من أقسام هذا الجهاز، وهو منبع الطاقة الحيوية والنفسيةالتى يولد الفرد مزودًا بها وهو يحتوى على ما هو ثابت فى تركيب الجسم فهو يضم الغرائزوالدوافع الفطرية الجنسية والعدوانية. وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب والتحوير. وهو مستودع القوى والطاقات الغريزية وهو جانب لا شعورى عميق ليس بينه وبين العالم الواقعى صلة مباشرة، وهو لا شخصى ولا ارادى. لذلك فهو بعيد عن المعايير والقيم الاجتماعى. لا يعرف شيئًا عن المنطق، ويسيطر على نشاطه مبدأ اللذة (والألم) أى أنه يندفع إلى إشباع دوافعه اندفاعًا عاجلا فى أى صورة وبأى ثمن.



شكل (١٧) بناء الشخصية حسب نظرية التحليل النفسى (فرويد)

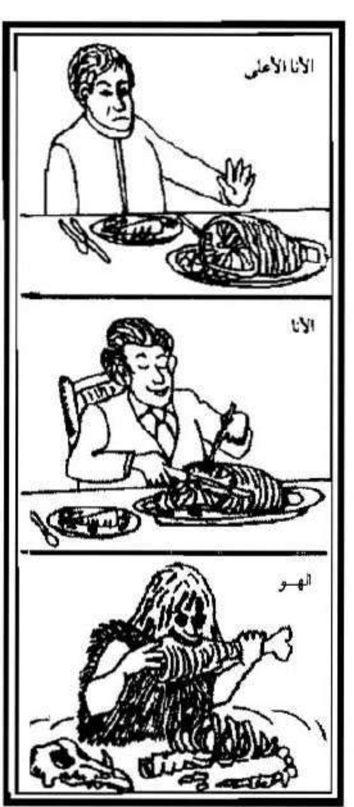
أما **الأنا الأعلى** super-ego فهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والتقاليد والقيم والصواب والخير والحق والعدل والحلال، فهو بمثابة سلطة داخلية أو «رقيب نفسى» وهو لا شعورى إلى حد كبير، وينمو مع نمو الفرد. ويتأثر الأنا الأعلى فى نموه بالوالدين ومن يحل محلهم مثل المربين والشخصيات المحبوبة فى الحياة العامة والمثل الاجتماعية العليا، وهو يتعدل ويتهذب بازدياد ثقافة الفرد وخبراته فى المجتمع. ويعمل الأنا الأعلى على ضبط الهو وكف دفاعاته.

أما **الأنا** ego فهو مركز الشعور والإدراك الحسى الخارجى والإدراك الحسى الداخلى، والعمليات العقلية، وهو المشرف على جهازنا الحركى الإرادى. ويتكفل الأنا بالدفاع عن الشخصية، ويعمل على توافقها مع البيئة وإحداث التكامل وحل الصراع بين مطالب الهو وبين مطالب الأنا الأعلى وبين الواقع. والأنا له جانبان شعورى، ولا شعورى وله وجهان، وجه يطل على الدوافع الفطرية والغريزية فى الهو، وآخر يطل على العالم الخارجى عن طريق الحواس. ووظيفة الأنا هى التوفيق بين مطالب الهو والظروف الخارجية. وينظر إليه فرويد كمحرك منفذ للشخصية. ويعمل

الأنا فى ضوء مبدأ الواقع. ويقوم من أجل حفظ وتحقيق قيمة الذات والتوافق الاجتماعى. وينمو الأنا عن طريق الخبرات التربوية التى يتعرض لها الفرد من الطفولة إلى الرشد[١].

ويقول فرويد إن الجهاز النفسى لا بد أن يكون متوازنًا حتى يكفل للفرد طريقة سليمة للتعبير عن الطاقة الليبيدية (الحيوية الجنسية) وحتى تسير الحياة سيرًا سويًا.

ويحاول الأنا حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى فيلجأ إلى عملية تسوية ترضى - ولو جزئيًا - كلا من الطرفين، وإذا أخفق ظهرت أعراض العصاب. وقد يحدث الصراع بين الأنا والهو حيث تسعى مكونات الهو الغريزية للتعبيرعن نفسها فى الوقت الذى يقف فيه الأنا له بالمرصاد دفاعًا عن الشخصية وحرصًاعلى توافقها . وقد يحدث الصراع بين الأنا والأنا الأعلى حيث يصدر الأنا الأعلى أوامر مستديمة إلى الأنا مما قد يرهقه ويأخذ صورة مرضية يعبر عنها بقلق الضمير . (انظر شكل ١٨)



شكل (١٨) سيطرة الهو والأنا والأنا الأعلى على السلوك

وقد استخدم كارل يونج Jung (١٩٥٣) مصطلح الأنا ego قاصدًا به الشعور أوالعقل الواعى الذى يتكون من المدركات والذكريات والمشاعر الواعية ، أى أنه يعتبره مركز الجزء الشعورى من الشخصية . وهو ينظر إلى الذات self على أنها تشمل ما هو شعورى وما هو لا شعورى وأنها الجهاز المركزى للشخصية الذى يضفى عليها وحدتها وتوازنها وثباتها ، وأنها هدف الحياة ، وأنها تحرك وتنظم السلوك . وقد فصل يونج أنا لا شعورى وأطلق عليه اسم **الظل** Shadow ، وهذا يغوص بعمق فى اللاشعور حيث له **نموذج أصلى** archetype. ويقول يونج إن الدوافع ودفات النموذج الأعلى المكبوتة تكون بدائية غير متكيفة وسالبة ، ومن ثم فهى تهدد الشخصية ، وإذا اصطدمت مع التوافق مع الواقع ظهرت فى شكل أعراض عصابية . كذلك اهتم يونج بمفهوم **الشخصية المقنعة** persona أو القناع الذى يلبسه الشخص للتوافق مع البيئة الاجتماعية واهتم

(١) يقترب الأنا ego فى نظرية التحليل النفسى من الذاتself فى نظرية الذات . ولكن من بين صفات الأنا أن جزءًا منه يدفعه ويلاحظه ويعاقبه أجزاء أخرى . ويربط فرويد الأنا باقى أجزاء الجهاز النفسى وهى الأنا الأعلى والهو، بينما تعتبرنظرية الذات أن الذات هى حجر الزاوية فى الشخصية وأنها جوهرها . وعلى أى حال فإن فرويد ينظر إلى الأنا على أنه قائد ديناميات الشخصية (حامد زهران Zahran ، ١٩٦٦) .

يونج كذلك بدراسة **الأنماط النفسية** Psychological types وهي : النمط الانبساطي ، والنمط الانطوائي ، وفروعها التفكيري والوجداني والحسي والإلهامي .

وتكلم **ألفريد آدلر** Adler (١٩٢٧) عن **مفهوم الذات** ومفهوم الآخرين ، وأشار بصفة خاصة إلى **الذات المبتكرة** creative self وهي العنصر الدينامي النشط في حياة الإنسان وتبحث عن الخبرات التي تنتهي بتحديد أسلوب حياة الشخص، وإذا لم تتوافر هذه الخبرات في حياة الفرد الواقعية فإن الذات المبتكرة تحاول ابتكارها وابتداعها .

وقدمت **كارين هورني** Horney **مفهوم الذات الدينامي** ، وتعتقد أن الشخص يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته . كذلك قدمت هورني (١٩٥٠) مفهومًا ثلاثيًا للذات : فهي ترى **الذات المثالية** كمفهوم رئيسي وعامل هام في التوافق النفسي أو الاضطراب النفسي ، تسعى لتحقيق الاكتفاءالذاتي والاستقلال ، وإذا كانت الذات المثالية غير واقعية لا يمكن تحقيقها ظهرت الصراعات الداخلية . وتقول هورني إن **الذات الواقعية** تشير إلى الفرد بمجموع خبراته وقدراته وحاجاته وأنماط سلوكه... إلخ. وتعرف **الذات الحقيقية** أو المركزية على أنها القوى الداخلية المركزية التي تميز الفرد ، وهي مصدر النمو والطاقة والميول والقرارات والمشاعر ... إلخ . وترى هورني أن العصاب ينشأ عن بعد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعي وراء صورة مثاليةغير واقعية .

وتحدث **أوتو رانك** Rank [1] عن **نمو الذات** من الطفولة وجهود الفرد الدائمة من أجل **تحقيق ذاته وتأكيدها وتقبلها** .

ويعتقد **هاري ستاك سوليفان** Sullivan (١٩٥٣) أن **جهاز الذات** ينمو بطريقة يحفظ بها نفسه ضد القلق الذي يعتبر نتاجًا للتفاعل الاجتماعي . وتمنع الذات الفرد من أن ينقد ذاته نقدًا موضوعيًا وأن يصدر على نفسه أحكامًا موضوعية . ويعتبر سوليفان أن **دينامية الذات** تلعب دورًا هامًا في تنظيم السلوك وفي تحقيق الحاجة للقبول والتقبل ومن ثم فإن الذات دائمًا **متيقظة** متنبهة لكل ما يجري في محيط الفرد .

ويرى **إيريك فروم** Fromm أن **الشخصية** هي مجموعة السمات النفسية والجسمية الموروثة والمكتسبة التي تميز الفرد وتجعل منه شخصًا فريدًا لا نظير له . ويؤكدفروم دور الأسرة في تشكيل خلق الطفل باعتبارها « الوكالة النفسية للمجتمع » وعن طريقها يكتسب **الخلق الاجتماعي** social character مع احتفاظه بما أسماه « **الخلق الفردي** » . كذلك قدم فروم **تصنيف الشخصية** حسب الخلق السائد وقسمها إلى : الشخصية الاستقبالية أو التلقائية (وتتسم بالاتكالية والسلبية والاستسلام والحاجة إلى الحب والمساعدة والصداقة) ، والشخصية الاستقلالية (وتتسم

---

(١) أوتو رانك من علماء النفس القلائل الذين كرموا بتخصيص مجلة علمية دورية تحمل اسمه وهي :
Journal of Otto Rank Association

بالعدوانية والاحتيال والاستخفاف بالناس والأخذ أكثر من العطاء)، والشخصية الادخارية (وتتسم بالبخل والتوفير والخوف من المستقبل)، والشخصية المسواقة (وتتسم بالتقلب والتأثر بمتطلبات الآخرين حتى لتقترب من شخصية الباعة)، والشخصية المنتجة (وتتسم بالانتاج وتحقيق الإمكانات والاستقلال والمسئولية والتمتع بالحياة). كذلك تحدث فروم عن **مفهوم الفردية** الذى يتحدد ببداية وجود الإنسان كفرد حين ينفصل جسميًا عن أمه ولكنه يظل معتمداً عليها، ثم يزداد شعوره بالفرق بين «الأنا» و «الأنت» أى بين الذات النامية وبين الآخرين، وبالتدريج تتوحد وتتبلور مظاهر شخصيته الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وينشأ عن ذلك تركيب منظم موحد هوالذات، ثم تنشأ فى الشخص بواعث للتخلص من فرديته وذاتيته المستقلة فينغمس فى الوسط الاجتماعى لتقوية شخصيته ومساندة شعوره بفرديته وإمداده بالشعور بالانتماء الاجتماعى.

ويقول **أوتو رانك** Rank إن **تطور الفردية** يمر بأدوار ثلاثة هى : دور الشخص العادى، (ويتسم بمحاولة الفرد التوافق مع نفسه ومع المحيط الذى يعيش فيه ومحاولته الشعور بأنه جزء من هذا المحيط ويكون مثله الأعلى أن يكون كغيره من الناس)، ثم دور الشخص العصابى (ويتسم ببدء اعتماد الفرد على نفسه وتكوين وجهات نظر جديدة حيال نفسه وحيال العالم ويكون مثله الأعلى أن يكون غير ما يريده الناس أن يكون)، ثم دور الشخص المتوافق (وهو أعلى درجات تطور الفردية حيث يصل الفرد إلى درجة كبيرة من التوافق مع نفسه ومع بيئته وتنمو إرادته ويسود الجانب الخلاق فى ذاته ويكون مثله الأعلى أن يكون كما هو فى الواقع).

ب - الشعور واللاشعور وما قبل الشعور :

الشعور consciousness كما حدده فرويد هو منطقة الوعى الكامل والاتصال بالعالم الخارجى، وهو الجزء السطحى فقط من الجهاز النفسى.

ويطلق **يونج** على الشعور **«العقل الواعى»** الذى يتكون من المدركات والذكريات والمشاعر الواعية.

واللاشعور unconsciousness حسب **فرويد** يكون معظم الجهاز النفسى. وهو يحوى ما هو كامن ولكنه ليس متاحًا ومن الصعب استدعاؤه لأن قوى الكبت تعارض ذلك. وحدد فرويد الرغبات المكبوتةالتى يحتويها اللاشعور بأنها ذات طابع جنسى، ويقول إن المكبوتات تسعى إلى شق طريقها من اللاشعور إلى الشعور فى الأحلام وفى شكل أعراض الأمراض العصابية [١].

وتحدث **يونج** عن اللاشعور الشخصى واللاشعور الجمعى. أما **اللاشعور الشخصى** فيتكون من خبرات الفردالتى كانت شعورية وكبتت، ويتركب من **العقد** التى هى عبارة عن تكثيف لأفكار ومشاعر ومدركات مكبوتة حول خبرة معينة، ويستخدم فى اكتشافها اختبار تداعى الكلمات

(١) من مؤلفات سيجموند فرويد Freud (١٩٠٥) النكتة وعلاقتها باللاشعور .

حيث يقرأ الفاحص قائمة من الكلمات للمفحوص كلمة بعد كلمة ويطلب منه أن يستجيب **بأول** كلمة ترد إلى عقله ويلاحظ زمن الرجع والاستجابات الفسيولوجية المصاحبة. أما **اللاشعور الجمعى** فهو مشترك بين كل الأشخاص، ويتكون من ذكريات وأفكار كامنة موروثة من التاريخ السلالى للإنسان، ومن تركيبات هى **«النماذج الأصلية»** وهى ترجع إلى حقب تاريخية قديمة ومن أمثلتها نموذج «الأم العامة» ونموذج «الميلاد» ونموذج «الموت». واهتم يونج بدراسة الأحلام والطقوس والأساطير لفهم اللاشعور الجمعى.

أما **ما قبل الشعور** preconsciousnessفقد حدده **فرويد بأنه** يحتوى على ما هو كامن وما ليس فى الشعور ولكنه متاح ومن السهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الكلام والذكريات والمعارف.

جـ - الغرائز :

الغريزة instinct كما حددها **فرويد** عبارة عن قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة فى حاجات الكائن الحى (حاجات الهو) وتمثل مطلب الجسم من الحياة النفسية، وهدفها القضاء على هذا التوتر، وموضوعها هو الأداة التى تحقق الإشباع. وقد حدد فرويد عددًا قليلا من الغرائز الأساسية تضم عددًا أكبر من الغرائز. يقول فرويد بوجود **غريزة الحياة** eros ، ويقابلها **غريزة الموت** thanatos، ويوجد صراع دائم بين هاتين الغريزتين الأساسيتين. والسلوك حسب هذه الآراء مزيج متوافق أو متعارض من غريزة الحياة وغريزة الموت. ويؤدى فساد هذا المزيج إلى اضطراب السلوك.

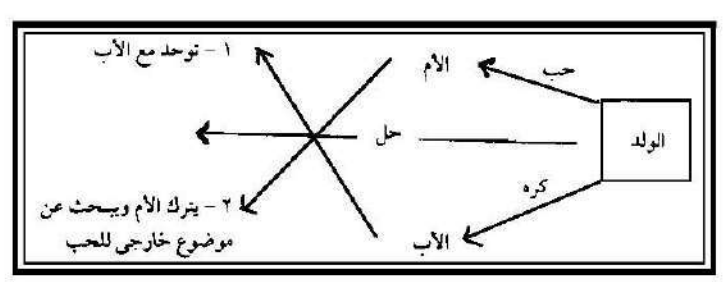
أما عن **غرائز الأنا** فهى القوى التى تعمل على حفظ الأنا، وهى القوى المعارضة للغريزة الجنسية. والصراع بين غرائز الأنا والغريزة الجنسية يؤدى إلى العصاب، والكبت هو نتيجة تغلب غرائز الأنا. وقد نصلت **النرجسية** [1] Narcissism ومعناها اتجاه الليبيدو نحو الذات أى حب وعشق الذات، وكلما زاد حب المرء لذاته قل حبه للموضوعات والعكس بالعكس.

وتحتل **الغريزة الجنسية** مركزًا خاصًا فى نظرية التحليل النفسى، فقد ركز **فرويد** على أهمية الغريزة الجنسية فى توجيه السلوك، وأبرز علاقة اضطراب الغريزة الجنسية والمشكلات الجنسية بالأمراض النفسية [2]. ويلاحظ أن فرويد استخدم مصطلح «**جنسى**» بمعناه الواسع مشيرًا إلى أى نوع من النشاط الجسمى الذى يجلب اللذة بإشباع الحاجات الجسمية. واعتقد **فرويد** أن النشاط البشرى يتأثر بما أسماه **الليبيدو** libido أى الطاقة الجنسية أو المظهر الديناميكى للغريزة الجنسية. وتحدث فرويد عن **مراحل تطور الغريزة الجنسية** معتمدًا على فكرة المناطق الشبقية (مناطق اللذة الشهوية) فى الجسم والتى تؤدى إثارتها إلى الإشباع الجنسى وهذه تتغير تبعًا للسن والنمو.

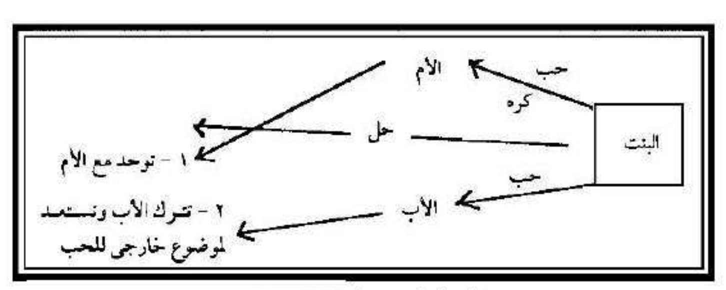
(١) النرجسية لفظ مشتق من نرجسNarcissus المذكور فى أسطورة يونانية ، وهو شاب جميل رأى صورته على صفحة الماء فعشقها وهام بحبها .

(٢) كتب فرويد « ثلاث مقالات فى نظرية الميول الجنسية » .

وتبدأ بما أسماه **المرحلة الفمية** في العام الأول حيث يجد الطفل لذة في مص ثدي أمه (إشباع خارجي) أو في مص أصبعه (إشباع ذاتي) أو يجد اللذة في العض. ثم تأتي **المرحلة الشرجية** في العام الثاني حيث يجد الطفل لذة في عملية التبرز حين يتهيج الغشاء المخاطي الشرجي. ثم تبدأ **المرحلة القضيبية** من العام الرابع حتى السادس حيث تصبح الأعضاء التناسلية (القضيب عند الذكر والبظر عند الأنثى) المنطقة الرئيسية المولدة للذة الشبقية ويجد الطفل لذة في العبث بأعضائه التناسلية. وفي هذه المرحلة أيضًا قد تحدث «**عقدة أوديب**» Oedipus complex عند الولد الذي يحب أمه ويجد في أبيه منافسًا له فيشعر بعداء نحوه ويشعر بالإثم وتهديد بالخصاء ويمهد ذلك لمرحلة الكمون. ويحدث عكس هذا لدى البنت «**عقدة اليكترا**» Electra complex حيث تحب أباها وتجد في أمها منافسة لها فتشعر بعداء نحوها وتشعر بالإثم، وتدرك أيضًا حرمانها من القضيب. ويرى فرويد أن عقدة أوديب، وعقدة اليكترا، إذا لم تحلا أدتا إلى العصاب. ثم تبدأ **مرحلة الكمون** مع العام السادس وتمتد حتى بداية المراهقة حيث يتم البلوغ الجنسي فتتجه الغريزة الجنسية نحو الجنس الآخر ويحل الموقف الأوديبي، يلي ذلك **المرحلة التناسلية** المميزة للحياة الجنسية عند الراشد ويسيطر عليها الجماع الجنسي. وقد يتعرض النمو الجنسي في أي مرحلة إلى حالة من **التثبيت** أو حالة من **النكوص** ويرى فرويد أن ثمة علاقة وثيقة بين **الكبت** الجنسي وخطر الخصاء وبين القلق.



شكل (١٩) عقدة أوديب (عند الأولاد)



شكل (٢٠) عقدة اليكترا (عند البنات)

وقد كانت آراء فرويد حول الغريزة الجنسية من أهم أسباب ظهور **حركات الانشقاق** بينه وبين زملائه وتلاميذه الذين عارضوا **نظرية الجنسية الشاملة** pansexualism (حيث أرجع فرويد كل شيء وفسره على أساس الجنس). فقد قلل **يونج** من شأن سيطرة الميول الجنسية فى الحياة النفسية وإن لم ينكر أهميتها. وعرف الليبيدو بأنه الطاقة النفسية الحيويه وليس قاصراً على الطاقة الجنسية. وقلل **آدلر** من شأن الناحية الجنسية فى تسبيب الأمراض النفسية. ورفضت **هورنى** فكرة الليبيدو وعقدة أوديب ولكنها لم تغفل أهمية الغريزة الجنسية كلية، فقد بحثت فى الأمراض الجنسية النفسية الجسمية مثل العنة والبرود الجنسى وعسر الجماع، وعزتها إلى الحاجة اللاشعورية لإحباط الشريك أو الخوف والاتجاهات العصابية [(١)]. ولم يوافق **واتك** على أهمية الغريزة الجنسية كدافع أساسى للسلوك. ونقد **فروم** تركيز فرويد على الغريزة الجنسية وأظهر أهمية النواحى الاجتماعية فى تحديد السلوك. وعارض **سوليفان** الطبيعة الجنسية لليبيدو وإن لم ينكر دور الناحية الجنسية فى حياة الفرد.

د - النواحى الاجتماعية والثقافية والبيئية والدينية :

يعزى **فرويد** أكثرية **العوامل الاجتماعية** إلى دوافع غريزية، فهو يرجع الاضطرابات العاطفية إلى الغريزة الجنسية، والإبداع إلى إعلاء الغريزة الجنسية والحرب إلى غريزة الموت.

ويرى **يونج** أن **الدين** عنصر أساسى من عناصر الحياة النفسية يؤثر فى صفاء الحياة النفسية للإنسان واتزانها وهدايتها وتحقيق هدف الحياة.

ورغم أن **آدلر** هو صاحب **علم النفس الفردى** واهتم بفكرة الفردية أو وحدة الفرد، فقد اهتم بأثر **المؤثرات الثقافية والاجتماعية** والميل الاجتماعى فى تكوين أسلوب حياة الفرد. ويرى آدلر أن الشخص العصابى تتغلب لديه الأهداف الأنانية وتحل محل الميل الاجتماعى. كذلك اهتم آدلر بأثر **العلاقات الدينامية داخل الأسرة** فى تحديد أسلوب حياة الفرد وركز على العلاقات بين الوالدين والطفل واهتم بسيكولوجية الطفل المدلل والطفل المكروه والطفل الأكبر والطفل الثانى والطفل الأصغر.

وأكدت **هورنى** أهمية العوامل الثقافية والبيئية مثل التعاون والروح الاجتماعية **والعلاقات الإنسانية**. وقالت إن بإمكان الإنسان أن يتغير وأن يحسن نفسه مادام حيا يرزق.

وركز **فروم** على **الخلق أو الطابع الاجتماعى** الذى يعتبر نواة تركيب الخلق، والذى يشترك فيه معظم أعضاء ثقافة ما. ويرى فروم أن هدف الصحة النفسية والعلاج النفسى يجب أن يكون الوصول إلى **المجتمع الصحيح نفسيًا** [(٢)].

(١) من بحوث كارين هورنى Horney (١٩٢٤) « أصل عقدة الخصاء عند النساء » .

(٢) من مؤلفات إيريك فروم Fromm (١٩٥٥) « المجتمع العاقل » The sane society .

وأبرز **سوليفان** نظرية **العلاقات الشخصية** مع الآخرين، ولبها هو تكامل الكائن الحي مع **الوسط** الذي يعيش فيه، وأكد أهمية ذلك في عملية **التطبيع الثقافي**. وحدد سوليفان **أهداف السلوك البشري** في إشباع الحاجة الحيوية مثل الأكل والشرب والهواء والجنس... إلخ، وإشباع الحاجات الاجتماعية مثل الحاجات إلى الأمن والمكانة والاعتراف والعلاقات الاجتماعية... إلخ. وناقش سوليفان **أساليب اكتساب الخبرة** ومنها الأسلوب البدائي أو الأولي، والأسلوب المتميز، والأسلوب المركب، من خلال التفاعل الاجتماعي ومن الخبرة الاجتماعية. وتناول سوليفان **مراحل النمو** على أساس نمو إمكانات الفرد ووعيه بالعلاقات الشخصية منذ مرحلة الحضانة وعبر الطفولة وما قبل المراهقة والمراهقة.

٢ – مفاهيم خاصة في نظرية التحليل النفسي :

صدمة الميلاد : Birth Trauma ذكر أوتو رانك Rank (١٩٥٢) صدمة الميلاد على أنها صدمة نفسية رهيبة في بداية حياة الفرد لأن الانفصال بالميلاد أي انفصال الجنين الذي كان داخل الرحم جزءًا من الأم يعيش في سعادة أساسية وكأنه في جنة عدن، ويكون الميلاد بمثابة عملية طرد وانفصال وهذه أقصى خبرة يجتازها الإنسان، ويخشى الفرد أن تتكرر عملية انفصال أخرى في مستقبل حياته. ويعتبر الميلادعلى هذا «باكورة القلق» أو «القلق الأولي» الذي يطمس حالة «السرور الأولي» في مرحلة ما قبل الميلاد، وهكذا يوضع أساس «كبت أولي» . ويقضي الإنسان بقية حياته لاستبدال فردوسه المفقود. وقد يحتاج الفرد إلى مرحلة الطفولة كلها حتى يتغلب على صدمة الميلاد وإذا فشل أصبح عصابيًا. (١)

عقدة النقص: Inferiority Complex اهتم **أدلر** بدور عقدة النقص نتيجة لوجود قصور عضوي أو اجتماعي أو اقتصادي مما يؤثر على حياة الشخص النفسيةويشعره بالنقص والدونية وعدم الأمن وعدم الكفاية، ويتبع ذلك تعويض أوعدوان لتخفيف الشعور بالنقص.

أسلوب الحياة : Life Style أبرز **أدلر** فكرة أسلوب الحياة الذي يدور حول السعي إلى التفوق وتحقيق الذات. ويتخذ الناس أساليب حياة عديدة لتحقيق هذا الهدف منها أسلوب العلم أوالنشاط الاقتصادي أوالعلاقات الاجتماعية، أو النشاط الرياضي... إلخ. ويؤكدآدلر أهمية إمكانات الفرد الموروثة وخبرات الطفولة في تشكيل وتجديد أسلوب حياته الذي يصعب تغييره فيما بعد. ويقول آدلر إن أسلوب الحياة ينمو مع الفرد خطوة خطوة.

الغائية: Finalism اهتم **آدلر** أيضًا بفكرة الغائية أوهدف الحياة، وقال إن الشخصية لا يمكن أن تكون وتنمو إلا إذا كانت النفس الإنسانية تتجه في نشاطها اتجاهًا هادفًا يوجهها. ويقول آدلر إن

(١) يقول الشاعر :

لما تؤذن الدنيا به من صروفها	يكون بكاءالطفل ساعة يولد
وإلا فما يبكيــــه منها وإنها	لأرحب مما كان فيه وأرغد

هدف الحياة ينظم حياة الفرد وسلوكه الذى يكون دائمًا موجهًا نحو غاية معينة. ويؤكد آدلر أن المرض النفسى ينتج من اتجاه الفرد اتجاهًا جامدًا نحو غاية وهمية أو هدف لا يستطيع تحقيقه. (١)

الإرادة: Will تناول **رانك** مفهوم **الإرادة**، ويعنى به القوة المتكاملة للشخصية، وتشبه مفهوم الأنا إلى حد ما، حيث اعتبر الأنا ممثلا تلقائيًا للإرادة. وأشار رانك إلى مضمون الإنسان من حيث هو علاقة صحية نشطة خلاقة ملؤها الكفاح بين نفسه وبين العالم، يستطيع أن يعطى ويأخذ وأن يغير ويتغير وأن يحول ويتحول. وجوهر وجود الفرد هو علاقته الإيجابية بنفسه وبالعالم الذى يعيش فيه... إنها إرادته.

ومن أسس مفهوم الإرادة أن المرء لا يستطيع أن يحصل على كل شيء دون وجود عقبات طبيعية أواجتماعية ودون جهاد. ولقد وجدت الإرادة لأن الإنسان يعيش فى عالم يستلزم **الكفاح والجهاد فى سبيل الحياة.**

ويستلزم التغلب والجهاد ضد الموانع والعقبات وجود «**إرادة مضادة**» counter will. فالوالدان مثلا يقيمان عقبات أمام بعض حركات الطفل وسلوكه، ويقابل الطفل ذلك بإرادة مضادة، فيصبح «الممنوع مرغوب»، إنه يريد ما يمنع عنه.

ويقول رانك إن الفرد عندما يتخلى عن اللجوء إلى المقارنة، ويكف عن قياس نفسه بمستويات الآخرين، فإنه يصل إلى تكوين «**الإرادة الإيجابية الحقيقية**» . ويرى أن **قوة الإرادة** عامل هام فى العلاج النفسى (٢)

خامسًا - نظرية الذات : Self-Theory

نركز هنا على نظرية الذات كما بلورها كارل روجرز Rogers.

وفيما يلى أهم معالم هذه النظرية :

الذات : Self

هى كينونة الفرد أوالشخص. وتنمو الذات وتنفصل تدريجيًا عن المجال الإدراكى. وتتكون بنية الذات نتيجة للتفاعل مع البيئة، وتشمل الذات المدركة، والذات الاجتماعية، والذات المثالية. وقد

(١) ظهرت مقاييس لتقييم أهداف الحياة لدى الشباب والراشدين مثل : The California Life Goals Evaluation Schedules وضع ميلتون هان Hahn ، ويتناول : المكانة ، والربح ، والشهرة ، والقوة ، والقيادة ، والأمن ، والخدمة الاجتماعية ، والاستقلال ... وغيرها .

(٢) يقول الشاعر :
ولم يبعد على نفس مرام ... إذا ركبت له الهمم البعادا
ولم أر بعد قدرته تعالى ... كمقدرة ابن آدم إن أرادا

ويقول ابن هانيء :
ولم أجد الإنسان إلا ابن سعيه ... فمن كان أسعى كان بالمجد أجدرا
فلم يتأخر من أراد تقدمًا ... ولم يتقدم من أراد تأخرا

تمتص قيم الآخرين. وتسعى إلى التوافق والاتزان والثبات. وتنمو نتيجة للنضج والتعلم وتصبح المركزالذى تنتظم حوله كل الخبرات.

مفهوم الذات : Self-Concept

يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تكوين معرفى منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفًا نفسيًا لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التى تحدد خصائص الذات كما تظهر إجرائيًا فى وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو «مفهوم الذات المدرك» perceived self-concept، والمدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين فى المجتمع يتصورونها والتى يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين «مفهوم الذات الاجتماعى» social self-concept، والمدركات والتصورات التى تحدد الصورة المثالية للشخص الذى يود أن يكون «مفهوم الذات المثالى» ideal self-concept.

ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذى يوجد الفرد فى وسطه. ولذا فإنه ينظم ويحدد سلوكه. وينمو مفهوم الذات تكوينيًا كنتاج للتفاعل الاجتماعى جنبًا إلى جنب مع الدافع الداخلى لتأكيد الذات، وبالرغم من أنه ثابت إلى حد كبير إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة (فى العلاج النفسى المركز حول العميل) (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦).

ومن الملاحظات الهامة حول مفهوم الذات أنه أهم من الذات الحقيقية فى تقرير السلوك، وأنه عبارة عن كل (جشطلت)، وأن الفرد يسعى دائمًا لتأكيد وتحقيق وتعزيزذاته وهو يحتاج إلى مفهوم موجب للذات، وأن مفهوم الذات مفهوم شعورى يعيه الفرد، بينما قد تشتمل الذات عناصر لا شعورية لا يعيها الفرد (انظر شكل ٢١).



شكل (٢١) بعض جوانب مفهوم الذات

(١) الذات الواقعية (صورتها الفوتوغرافية) عمرها الحقيقى ٣٧ سنة.

(٢) الذات المدركة (أصغر من الواقع بعشر سنوات).

(٣) الذات الاجتماعية (كما يراها زوجها) (أكبر سنًا من الواقع).

(٤) الذات الاجتماعية (كما يراها الآخرون) (جميلة وجذابة جنسيًا).

الخبرة :

يمر الفرد فى حياته بخبرات عديدة. والخبرة هى كل شيء، أو موقف يعيشه الفرد فى زمان ومكان معين. ويتفاعل الفرد معها وينفعل بها، يؤثر فيها ويتأثر بها. والخبرة متغيرة، ويحول الفرد خبراته إلى رموز يدركها ويقيمها فى ضوء مفهوم الذات وفى ضوء المعايير الاجتماعية أو يتجاهلها (على أنهالا علاقة لها ببنية الذات) أو ينكرهاأو يشوهها (إذا كانت غير متطابقة مع بنية الذات).

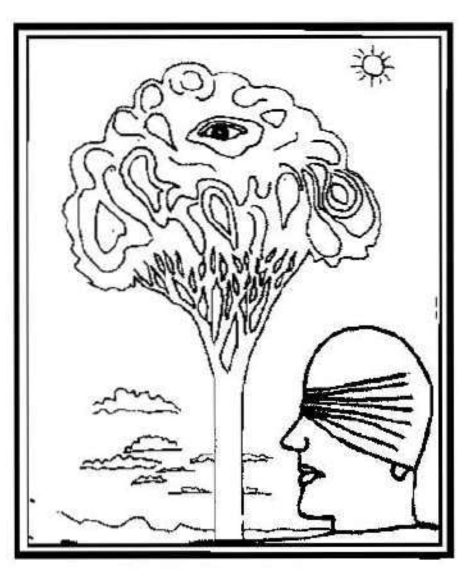
والخبرات التى تتفق وتتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدى إلى الراحة والخلو من التوتر وإلى التوافق النفسى.

والخبرات التى لا تتفق مع الذات ومفهوم الذات أو التى تتعارض مع المعايير الاجتماعية تدرك على أنها تهديد ويضفى عليها قيمة سالبة. وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو تؤدى إلى تهديد وإحباط مركزالذات والتوتروالقلق وسوء التوافق النفسى وتنشيط وسائل الدفاع (جمود الإدراك وتشويه المدركات والإدراك غير الدقيق للواقع).

الفرد :

الفرد لديه القدرة على تقييم خبرته وسلوكه، وقد يرمز أو يتجاهل أو ينكر خبراته المهددة فتصبح شعورية أو لا شعورية. وهو إذا خبر صراعًا بين تقييمه وتقييم الآخرين فإنه قد يضحى بتقييمه وينكر أو يشوه خبرته ويغير سلوكه ليطابق إدراك وتقييم الآخرين. وهذا الإنكار والتشويه لخبرات الفرد يؤدى إلى القلق واللجوء إلى حيل الدفاع وسوء التوافق النفسى. (انظر شكل ٢٢).

والفرد لديه دافع أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته. ويتفاعل مع «واقعه» فى إطار ميله لتحقيق ذاته. ولديه حاجة أساسية (رغم أنها متعلمة) للتقدير الموجب (ويشمل الحب والاحترام والتعاطف والقبول من جانب الآخرين). وهذا التقدير الموجب للذات متبادل مع الآخرين المهمين فى حياته، وتحدد حاجات الفرد ودوافعه كما يدركها أو كما يخبرها جانبًا من سلوكه.



شكل (٢٢) الإنكار يسبب سوء التوافق (حسب نظرية الذات)

السلوك :

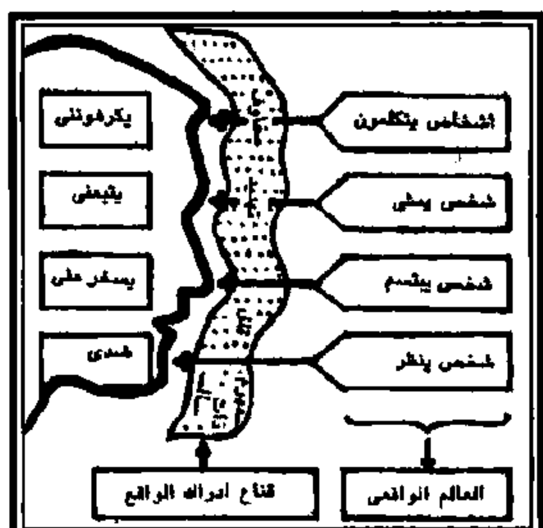
السلوك نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما يخبرها فى المجال الظاهرى كما يدركه.

ويتفق السلوك مع مفهوم الذات، ومع المعايير الاجتماعية، وبعضه لا يتفق مع بنية الذات والمعايير الاجتماعية. وعندما يحدث تعارض هنا يحدث

عدم التوافق النفسي. ويمكن تغيير السلوك وتعديله (تبنى السلوك أو إنكاره)، ويصحبه الانفعال ويسهله. وقد يحدث نتيجة للخبرات أو الحاجات العضوية التي لم تأخذ صورة رمزية لكونها غير مقبولة. ومثل هذا السلوك قد يكون غير متطابق مع بنية الذات ومفهوم الذات. وفي هذه الحالة قد يتنصل الفرد منه. وهذا قد يؤدي إلى التوتر وسوء التوافق النفسي.

المجال الظاهرى : Phenomenal Field

يوجد الفردفي وسط مجال ظاهري، ويسلك الفرد ككل منظم في هذا المجال الظاهري أي المجال الشعوري كما يدركه وكما يخبره. والمجال الظاهري هو عالم الخبرة المتغير باستمرار. والمجال الظاهري هو كل الخبرات أو مجموعها وهو عالم شخصي ذاتي. ويتفاعل الفرد مع المجال الظاهري كما يخبره وكما يدركه، ويعتبر - على الأقل من وجة نظر الفرد - «واقعًا» وحقيقة.



شكل (٢٣) قناع إدراك الواقع (في المجال الظاهري)

فمثلا قد يدرك مريض الفصام الهذائي أن كل من حوله يتقولون عليه، وهذا قد يكون صحيحًا أو قد يكون غير صحيح على الإطلاق، ولكن بالنسبة له يعتبر هذا واقعًا وحقيقة (مدركة) تحدد استجاباته وسلوكه (انظر شكل ٢٣).

ويرتبط المجال الظاهرى بالذات الظاهرية Phenomenal self أي الذات الشعورية كما يدركها الفرد (دونالد سنيج وآرثر كومبس Snygg & Combs ١٩٤٩). والمجال الظاهرى يختلف عن المجال غير الظاهرى non-phenomenal field أي المجال اللاشعورى الذى يتضمن الأجزاء اللاشعورية من الذات والخبرات (هيلجارد Hilgard، ١٩٤٩).

التطورات الحديثة في نظرية الذات :

هذا ومن أهم التطورات الحديثة في نظرية الذات الإطار الجديد الذى قدمه فيليب فيرنون Vernon (١٩٦٤). فهو يقول إن هناك مستويات مختلفة للذات. فالفرديشعر أن له ذاتًا مركزية أو ذاتًا خاصة تختلف عن الذات الاجتماعية التى تكشف للناس. ومستويات الذات حسب رأى فيرنون هى :



شكل (٢٤) فيليب فيرنون

* المستوى الأعلى : ويتكون من عدد من الذوات الاجتماعية العامة التى يعرضها الفرد للمعارف والغرباء والأخصائيين النفسيين.

* الذات الشعورية الخاصة : كما يدركها الفرد عادة ويعبر عنها لفظيًا ويشعر بها وهذه يكشفها الفرد عادة لأصدقائه الحميمين فقط.

* الذات البصيرة : التى يتحقق منها الفرد عادة عندما يوضع فى موقف تحليلى شامل مثل ما يحدث فى عملية العلاج النفسى المركز حول العميل أو الإرشاد النفسى.

* الذات العميقة أو الذات المكبوتة : عادة، والتى نتوصل إلى صورتها عن طريق العلاج النفسى التحليلى أو التحليل النفسى.

وهكذا حدد فيرنون طريقًا مفيدًا للعلاج موضحًا أن الصورةالتى يكشفها العميل عن ذواته أوالتى يحصل عليها المعالج هى إلى حد كبير ذاتية أو تعتمد على الإطار التصورى للملاحظ، وأن هناك صورًا أخرى كثيرة على مستويات مختلفة يمكن التوصل إليها. ويمكن تحقيق التقدم فى العلاج عندما يصبح المستوى الثانى، وهو الذات الشعورية الخاصة أكثر اقترابًا من المستوى الثالث الذى تميزه البصيرة وعندما يحقق اقترابًا كبيرًا من الذات الفعالة.

وقد قام المؤلف (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦، ١٩٦٧) بدراسة عن نظرية الذات والإرشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل. وأثبتت الدراسة أن مفهوم الذات يعتبرحجرًا أساسيًا فى بناء الشخصية والتوافق النفسى، وأنه مفهوم هام فى الإرشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل، وتأكد أن مفهوم الذات متعدد الأبعاد، وتحددت الصفات التى تميز كلا من مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب. وتأكد أن مفهوم الذات الموجب يعبر عن الصحة النفسية والتوافق النفسى، وإن تقبل الذات يرتبط ارتباطًا جوهريًا موجبًا بتقبل وقبول الآخرين، وأن تقبل الذات وفهمها يعتبر بعدًا رئيسيًا فى عملية التوافق الشخصى وإعادة التوافق الشخصى وأن تكون مفهوم الذات يتأثر بالعوامل الاجتماعية مثل اتجاهات الفرد نحوالآخرين واتجاهات الآخرين نحو الفرد. ومن ثم يجب على الوالدين والمربين والمرشدين أن يقدروا دورهم الخطير فى نمو مفهوم الذات عند الأطفال والمراهقين. وبرزت العلاقة القوية القائمة بين مفهوم الذات والتوافق النفسى بأنه كلما كان الفرد سيىء التوافق انحطت نظرته إلى نفسه. وتأكد أن أحسن طريقة لفهم السلوك هى من الإطار المرجعى للسالك نفسه. كذلك يجب الالتفات ليس فقط إلى الأهمية القصوى للذات بل أيضًا إلى أهمية البيئة الاجتماعية. ولقد برزت من خلال هذه الدراسة أهمية مفهوم الذات الخاص.

مفهوم الذات الخاص: Private Self-concept (حامد زهران، ١٩٧٢)

يضاف إلى هذه المستويات التى ذكرناها لمفهوم الذات مستوى فى غاية الأهمية والخطورة، وهو مفهوم الذات الخاص. ونحن نرى أن مفهوم الذات الخاص يختص بالذات الخاصة أى الجزء الشعورى السرى الشخصى جدًا أو «العورى» من خبرات الذات، والذى يقع فى المنطقة الحدية بين

الشعور واللاشعور والذى هو مستعد للانطمار فى اللاشعور قبل أى خبرة أخرى من خبرات الذات، إلا أنه لأهميته وخطورته فى حياة الفرد يقاوم هذا الانطمار.

وعند الفرد فإن محتوى مفهوم الذات الخاص - الذى يتصف بأن معظمه مواد غير مرغوب فيها اجتماعيًا (خبرات محرمة أو محرجة أو مخجلة أو معيبة أو مؤلمة... إلخ) - ولا يجوز إظهاره أو كشفه أو ذكره أمام الناس. وتنشط الذات تمامًا للحيلولة دون خروج محتوياته. وهكذا يبدو مفهوم الذات الخاص وكأنه «**العورة النفسية**» للفرد.

إن من السهل على الفرد الكشف عن مفهوم الذات الواقعى والمدرك والاجتماعى والمثالى دون اللجوء إلى حيل الدفاع، ولكن من الصعب جدًا الكشف عن مفهوم الذات الخاص.

ويعلم كل المعالجين النفسيين أن العميل من السهل أن يقول إن له زوجًا أو زوجة بينما من الصعب أن يقول إن له عشيقة أو عشيقًا. ويمكن للعميل أن يذكر أنه يكسب عيشه من التجارة ولكنه لا يفصح عن أنه يتاجر فى المخدرات أو يعمل فى الدعارة. ويمكن للعميل أن يقول إنه فاشل فى عمله لأى سبب من الأسباب ولكنه لا يمكن أن يقرر أن ذلك يرجع إلى أنه كان يغش فى الامتحانات وأنه لا يستحق الشهادة التى أهلته لهذا العمل أو أن هذه الشهادة مزورة. وصحيح أن المشكلات الزواجية تؤدى إلى الاضطرابات النفسية ولكن من اليسير نسبيًا على الفرد الإفصاح عنها ومن ثم إيجاد حلول لها. أما المشكلات الناتجة عن شذوذ العلاقات الجنسية أو الناتجة عن العلاقات الجنسية غير الشرعية فإنه لا يفصح عنها ومن ثم لا تجد طريقها إلى الحل ويظل تأثيرها الخطير على الفرد.

ونحن نؤكد أنه من البديهى أن يبدأ الفرد باستكشاف الاتجاهات الشعورية قبل الغوص فى أعماق اللاشعور. أى أننا نهتم بمفهوم الذات الظاهرى Phenomenal self-concept أو اللاشعورى. إننا يجب أن نركز البصر على الواضح قبل أن نحدق فى الغامض والمبهم والخفى ويجب أن نستوفى بحث البسيط والقريب قبل أن ننشغل بالمعقد والبعيد.

ويرى المؤلف أن أى خبرة مهددة فى مفهوم الذات الخاص - إذا لم تظهر وتكشف للمعالج النفسى وتناقش ويوضع خطة لعلاجها - تكون بمثابة «**عاهة نفسية مستديمة**».

بنية الشخصية :

أولا - البناء الوظيفى للشخصية :

يتكون البناء الوظيفى للشخصية من مكونات متكاملة ترتبط ارتباطًا وظيفيًا قويًا فى حالة السواء. وإذا حدث اضطراب أو نقص أوشذوذ فى أى مكون منها أو فى العلاقة بينها، أدى إلى اضطراب فى البناء العام والأداء الوظيفى للشخصية [١]. وفيما يلى مكونات البناء الوظيفى للشخصية : (انظر شكل ٢٥).

---

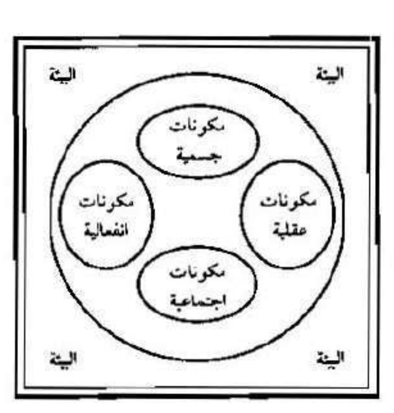
(١) هذه المكونات الوظيفية يشبهها البعض بتروس ساعة تعمل فى سلامة وتناسق وتكامل فى حالة السوية ، أما إذا اختل أداؤها الوظيفى أصيب الإنسان بمرض نفسى .

مكونات جسمية : تتعلق بالشكل العام للفرد وحال الطول والوزن وإمكانات الجسم الخاصة والعجز الجسمى الخاص، والصحة العامة، والأداء الحركى والمهارات الحركية وغير ذلك مما يلزم فى أوجه النشاط المختلفة فى الحياة، ووظائف الحواس المختلفة، ووظائف أعضاء الجسم مثل الجهاز العصبى والجهاز الدورى والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز الغددى والجهاز التناسلى [(١)].

مكونات عقلية معرفية : وتشمل الوظائف العقلية مثل الذكاء العام والقدرات العقلية المختلفة، والعمليات العقلية العليا كالإدراك والحفظ والتذكر والانتباه والتخيل والتفكير والتحصيل..إلخ، وتشمل كذلك الكلام والمهارات اللغوية.

مكونات انفعالية : وتتضمن أساليب النشاط المتعلق بالانفعالات المختلفة مثل الحب والكره والخوف والبهجة والغضب... إلخ وما يرتبط بذلك من ثبات انفعالى وعدمه، وتجمعات الانفعالات فى عواطف.

مكونات اجتماعية : وتتعلق بالتنشئة الاجتماعية للشخص فى الأسرة والمدرسة والمجتمع وجماعة الرفاق، والمعايير الاجتماعية والأدوار الاجتماعية والاتجاهات الاجتماعية والقيم الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى والقيادة والتبعية... إلخ.



شكل (٢٥) البناء الوظيفى للشخصية

ثانيًا : البناء الدينامى للشخصية :

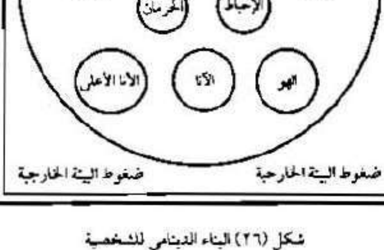
يوضح البناء الدينامى للشخصية القوى المحركة فيها والتى تحدد السلوك. (انظر شكل ٢٦).

ويتكون البناء الدينامى للشخصية من : **الشعور، واللاشعور وما قبل الشعور.**

ويتكون البناء الدينامى للشخصية أيضًا **من الهو والأنا الأعلى والأنا .**

ويلعب **الكبت** دورًا هامًا فى إبعاد الدوافع والأفكار المؤلمة أو المخزية والمخيفة المؤدية إلى القلق من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور حتى تنسى.

وتوجد **المقاومة** وهى ما تمثل ما يسمى الضمير أى الوازع الخلقى الذى يتحكم فى سلوك الإنسان ليكون سلوكًا مقبولا من ناحية التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية، وتوجد المقاومة وتعمل بين الشعور واللاشعور.



شكل (٢٦) البناء الدينامى للشخصية

(١) تعتبر المكونات الجسمية من أهم مكونات الشخصية على أساس أنها هى أظهر المكونات وأسهلها وأدقها قياسًا ووصفًا . ولذلك تعتبر بمثابة الواجهة الرئيسية للشخصية .

هذا ولا يوجد فاصل قاطع بين الشعور واللاشعور. فما هو شعورى قد يصبح لا شعوريًا بالكبت أو بالنسيان، وما هو لا شعورى يمكن أن يستدعى أو يخرج إلى حيز الشعور بتغير الظروف أو بالتداعى الحر.

وقد يحدث الصراع بين الهو والأنا الأعلى، أو بين الأنا والهو، أو بين الأنا والأنا الأعلى.

وتعمل **الضغوط البيئية الخارجية** عملها إذ تشمل الصراعات والإحباطات والحرمانات والتوترات.

وقد ذكرنا أن التوافق النفسى عملية دينامية مستمرة تقوم بها الشخصية حتى يحدث توازن نسبى بين الفرد وبيئته. ومن خلال هذه العملية تتحقق مطالب النمو وتشبع الدوافع والحاجات وتلجأ الشخصية إلى حيل الدفاع النفسى.

تكامل الشخصية :

يقصد بتكامل الشخصية انتظام مكوناتها وظيفيًا وديناميًا فى بناء متكامل منسجم متوازن سليم الأجزاء متسق العلاقات بين هذه الأجزاء.

وتكامل الشخصية شرط ضرورى للصحة النفسية والتوافق النفسى. وأى خلل فى تكامل الشخصية أى حدوث أى تفكك أو عدم انتظام لمكوناتها يؤدى إلى المرض النفسى وسوء التوافق النفسى. وتتوقف درجة الصحة النفسية والتوافق النفسى من ناحية أو المرض النفسى أو سوء التوافق النفسى من ناحية أخرى على درجة التكامل الوظيفى والدينامى أو درجة عدم التكامل.

العوامل المؤثرة فى تكوين الشخصية :

عرفنا أن الشخصية تتكون من مكونات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية، وتتحدد هذه المكونات وتتأثربعوامل متنوعة ومتفاعلة ومتكاملة. وفيما يلى أهم هذه العوامل (انظر حامد زهران، ١٩٨٤).

العوامل الحيوية : تؤثر وظائف الأعضاء فى نمو الشخصية. فنحن نعرف أن التوازن فى إفرازات **الغدد** يجعل من الفرد شخصًا سليمًا نشطًا ويؤثر تأثيرًا حسنًا على سلوكه بصفة عامة. وتؤدى اضطرابات الغدد إلى الاضطراب النفسى والسلوك المرضى. فمثلا نقص إفراز الغدة النخامية يسبب تأخر النمو بصفة عامة، ونقص إفراز الغدة الدرقية يسبب القصاع (أى القزامة المصحوبة بالضعف العقلى)، ومعروف ما قد يرتبط بالقزامة أوالضعف العقلى من سمات شخصية خاصة. **والجهاز العصبى** يشرف على جميع الوظائف العضوية ويؤلف بينها ويحقق وحدة الفرد وتكامله ويصدر عنه الوظائف العقلية العليا. وإذا كان الجهاز العصبى سليمًا كان نمو الفرد سليمًا. أما إذا أصيب الجهاز العصبى بتلف مثلا فإن ذلك يؤدى إلى اضطرابات ملحوظة فى الشخصية منها

الأمراض العصبية والأمراض العقلية العضوية. كذلك فإن التكوين الجسمي للفرد يؤثر على شخصيته وبالتالي على سلوكه وتوافقه. فمثلا التكوين الجسمي الرياضي يساعد على النجاح الرياضي، والعجز الجسمي أو العاهة يؤثر على شخصية الفرد اجتماعيًا ونفسيًا فقد يؤدي إلى الشعور بالنقص والانطواء وفقدان الثقة بالنفس والتواكل والحقد أو العدوان.

الوراثة : تمثل الوراثة كل العوامل الداخلية التي كانت موجودة عند بداية الحياة أي عند الإخصاب. وتنتقل الوراثة إلى الفرد من والديه عن أجداده وسلالته عن طريق المورثات (الجينات) التي تحملها الصبغيات (الكروموزومات) التي تحتويها البويضة الأنثوية المخصبة من الحيوان المنوي الذكري بعد عملية الجماع الجنسي. وتعتبر الوراثةعاملا هامًا يؤثر في النمو من حيث صفاته ومظاهره، نوعه ومداه، زيادته ونقصانه، نضجه وقصوره... إلخ. وهكذا تلعب الوراثة دورًا هامًا في تحديد الخصائص الجسمية للفرد وفي تكوين الجهازالعصبي الذي يلعب بدوره دورا هاما في تحديد السلوك. والإنسان يرث الاستعدادات (الخصائص الأولية) للسلوك بشكل معين، أي أن الوراثة تحدد الأساس الحيوي للشخصية.

البيئة : تمثل البيئة كل العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية التي تسهم في تشكيل شخصية الفرد وفي تعيين أنماط سلوكه أو أساليبه في مواجهة مواقف الحياة. إن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تشكله اجتماعيًا وتحوله إلى شخصية اجتماعية متميزة. ويكتسب الفرد أنماط ونماذج سلوكه وسمات شخصيته نتيجة التفاعل الاجتماعي مع غيره من الناس من خلال التنشئة الاجتماعية. كذلك فإن البيئة الحضارية تسهم في بناء الشخصية، والدليل على ذلك اختلاف السلوك الاجتماعي لكل من الجنسين في البيئات والثقافات المختلفة. وعلى العموم فكلما كانت البيئة صحية ومتنوعة كان تأثيرها حسنًا على نمو الشخصية وكلما كانت غير ملائمة كان تأثيرها سيئًا.

الوراثة والبيئة : فيما يتعلق بنمو الشخصية يصعب فصل أثر الوراثة عن أثر البيئة إلا من الناحية النظرية. أي أن العوامل الوراثية والعوامل البيئية تتفاعل وتتعاون في تحديد شخصية الفرد وأنماط سلوكه ومدى توافقه وشذوذه. وقد أجريت بحوث كثيرة لدراسة الأثر النسبي لكل من الوراثة والبيئة في نموالشخصية وذلك بدراسة التوائم المتماثلة حيث نجد أن التوأمين المتماثلين يتساويان من حيث العوامل الوراثية. فإذا تربيا في بيئة واحدة فإن سمات الشخصية لديهما تكون متقاربة إلى حد كبير، أما إذا تربيا في بيئتين مختلفتين فإن تأثير هاتين البيئتين يتضح في اختلاف سمات شخصية كل من التوأمين المتماثلين أصلا.

النضج : يتضمن النضج عملية النمو الطبيعي التلقائي التي يشترك فيها الأفراد جميعًا والتي تتمخض عن تغيرات منتظمة في سلوك الفرد بصرف النظر عن أي تدريب أو خبرة سابقة، أي أنه أمر تقرره الوراثة. وقد يمضي النمو طبقًا للخطة الطبيعية للنضج على الرغم من التقلبات التي قد تعتري البيئة بشرط ألا تتجاوز هذه التقلبات حدًا معينًا. إن الفرد لا يمكن أن يكتسب ما لم تنضج

عضلاته وقدراته اللازمة فى الكتابة. ويلاحظ أن كل سلوك يظل فى انتظار بلوغ البناء الجسمى درجة من النضج كافية للقيام بهذا السلوك.

التعلم : التعلم عملية لازمة لنمو الشخصية. وتتضمن عملية التعلم النشاط العقلى الذى يمارس فيه الفرد نوعًا من الخبرة الجديدة وما يتمخض عن هذا من نتائج سواء كانت فى شكل معارف أو مهارات أو عادات أو اتجاهات أو قيم أو معايير. وتلعب التربية دورًا هامًا فى هذا الصدد.

النضج والتعلم : يتفاعل كل من النضج والتعلم ويؤثران معا فى عملية النمو. فلا نمو بلا نضج ولا نمو بلا تعلم. ويلاحظ أن معظم أنماط السلوك تنمو وتتطور بفعل النضج والتعلم معا. ونأخذ مثلا فى الكلام، فالطفل لا يستطيع أن يتكلم إلا إذا نضج جهازه الكلامى وإلا إذا تعلم الكلام.

الثقافة : تحمل الثقافة العامة والثقافة الفرعية التى يعيش فيها الفرد أصول معتقداته وقيمه واتجاهاته وعاداته وتقاليده ولغته، والدور الذى يقوم به. وتؤثر الثقافة فى تشكيل شخصية الفرد عن طريق المواقف الثقافية ومن خلال التفاعل الاجتماعى المستمر. ولا شك أن المؤسسات الثقافية التى تعنى بالتنشئة الاجتماعية للأطفال لها أهمية كبيرة فى تكوين أساس الشخصية. والبيئات الثقافية المختلفة تكون أنماطا متفاوتة من الشخصية نتيجة الاختلاف فى عملية التنشئة الاجتماعية. وعلى العموم فنحن نجد أن عملية التنشئة الاجتماعية تعمل على تحقيق تطابق شخصية الفرد مع النمط الثقافى، وتشكيل الثقافة الشخصية للفرد، ونحن نجد أيضًا أن التغير الثقافى السريع المفاجىء قد يؤدى إلى اضطراب الشخصية، وأن التعقيد الثقافى عبء نفسى على الشخصية، وأن شخصية الفرد تختلف تبعًا لدوره الاجتماعى فى إطار النمط الثقافى العام. وفى نفس الوقت فنحن نجد أن التغير الثقافى يعتمد على تغير شخصية الأفراد.

الأسرة : الأسرة هى الجماعة الأولية الأولى التى تشرف على النمو النفسى للطفل وتؤثر فى تكوين شخصيته وظيفيًا وديناميًا وتوجيه سلوكه منذ طفولته المبكرة. وتلعب العلاقات بين الوالدين والعلاقات بينهما وبين الطفل وإخوته دورًا هامًا فى تكوين شخصيته وأسلوب حياته وتوافقه. فعلى سبيل المثال نجد أن السعادة الزواجية تؤدى إلى تماسك الأسرة مما يخلق جوًا يساعد نمو الطفل إلى شخصية متكاملة ومتزنة. والعلاقات السليمة بين الوالدين والطفل تساعد فى أن ينمو الطفل إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم. والعلاقات المنسجمة بين الإخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل الخالية من التنافس تؤدى إلى نمو طفل ذى شخصية سوية. كذلك فإن مركز الطفل فى الأسرة أى كونه الطفل الأكبر أو الأصغر أو الوحيد أو الأخ الوحيد مع أخوات أو الأخت الوحيدة مع إخوة له تأثير واضح فى أسلوب تنشئته اجتماعيًا وبالتالى على شخصيته.

المدرسة : المدرسة هي المؤسسة الرسمية التي تقوم بوظيفة التربية وتوفير الظروف المناسبة للنموالنفسى للتلاميذ. وتتأثر شخصية التلميذ بالمنهج الدراسي بمعناه الواسع حيث يزداد علمًا وثقافة وينمو جسميًا واجتماعيًا وانفعاليًا. كذلك تتأثر شخصية الطفل بشخصيات معلميه تقليداً وتوحداً والعلاقات الاجتماعية فى المدرسة بين المدرس والتلاميذ وبين التلاميذ بعضهم وبعض وبين المدرسة والأسرة.

جماعة الرفاق : تقوم جماعة الرفاق أو الصحبة أو الثلة بدور هام فى تكوين شخصية الفرد حيث تساعد الجماعة فى النمو الجسمى عن طريق إتاحة فرصة النشاط الرياضى، والنمو العقلى عن طريق ممارسة الهوايات، والنمو الاجتماعى عن طريق النشاط الاجتماعى وتكوين الصداقات، والنمو الانفعالى فى مواقف لا تتاح لغيرها من الجماعات. وإذا كانت جماعة الرفاق رشيدة كان تأثيرها حسنا، وإذا كانت منحرفة كان تأثيرها سيئًا.

وسائل الإعلام : تؤثر وسائل الإعلام المختلفة من إذاعة وتليفزيون وسينما وصحف ومجلات وكتب وإعلانات... إلخ في الشخصية بما تنشره وما تقدمه من معلومات وحقائق وأخبار ووقائع وأفكار وآراء لتحيط الناس علمًا بموضوعات معينة وتستميلهم نحو أنماط معينة من السلوك مع إتاحة فرصة الترفيه والترويح. ونحن نعلم أن من أساليب وسائل الإعلام عرض النماذج الشخصية والأدوار الاجتماعية التى يتأثر بها الأفراد ويقلدونها أو يتوحدون معها.

دور العبادة : تقوم دور العبادة بدور كبير فى عملية التنشئة الاجتماعية لما تتميز به من تقديس، وثبات وإيجابية المعايير السلوكية التى تعلمها للأفراد، والإجماع الاجتماعى على تدعيمها. وهى تعلم التعاليم الدينية والمعايير السماوية المباركة التى تدعو إلى السلوك السوى وتنمى الضمير والرقابة والأنا الأعلى عند الفرد.

الأدوار الاجتماعية : إن الفرد وهو يقوم بأدواره الاجتماعية (أى وظائفه فى الجماعات التى هو عضو فيها) تتأثر شخصيته بهذه الأدوار، ذلك أن الدور الاجتماعى يتحدد فى ضوء نوع الجماعة وبنائها والموقف الاجتماعى والتفاعل الاجتماعى وفى ضوء الاتجاهات النفسية وسمات شخصيات الأفراد. إن الفرد فى نموه يتعلم الأدوار الاجتماعية أى أنه يكتسبها من خلال تمثله للمعايير الاجتماعية التى تحدد هذه الأدوار. وتمتزج الأدوار الاجتماعية المتعددة للفرد لتسهم فى تكوين مفهوم الذات لديه. وهكذا تتحدد معالم شخصية الدور role personality (أى شخصية الفرد وهو يقوم بدوره الاجتماعى) فى إطار سلوك الدور المحدد بدوره بمجموعة المعايير الاجتماعية التى ترتبط بالسن والجنس والحالة الزواجية والطبقة الاجتماعية... إلخ. والأدوار الهامة تترك أثراً فى الشخصية. والشخصية تعبر عن تكامل كل الأدوار التى يقوم بها الشخص. هذاويجب ألا يكون هناك تعارض بين الشخصية الحقيقية وشخصية الدور حتى لا يؤدى ذلك إلى فشل الفرد فى قيامه بهذا الدور. ولا شك أن صراع الأدوار يؤثر على الشخصيات تأثيراً سيئًا يخلق الكثير من المشكلات حتى لقد نسب إليه بعض أنواع الاضطراب النفسى.

تغير وتغيير الشخصية :

رغم الثبات النسبى لشخصية الفرد، فإنها تتغير إما عن غير قصد (وهذا هو التغير) وإما عن قصد (وهذا هو التغيير).

ويحدث **تغير الشخصية بالنمو** خلال مراحل النمو المتتالية عبر الطفولة والمراهقة التي يمر بها الفرد إلى أن تصل إلى مرحلة النضج، ويتأثر تغير الشخصية بالعوامل المؤثرة فى تكوينها مثل العوامل الحيوية والوراثة والبيئة والنضج والتعلم والثقافة والأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام ودور العبادة وجماعة الرفاق والأدوار الاجتماعية.

أما عن تغيير الشخصية (عن قصد) فيقوم على أساس أن معظم مكوناتها وسماتها مكتسبة ومتعلمة، وقد تكون عادية سوية تؤدى إلى التكامل والسواء والصحة النفسية والتوافق النفسى، وإما أن تكون غير عادية أو غير سوية تؤدى إلى التفكك وعدم السواء والمرض النفسى وسوء التوافق النفسى. وهنا قد يبذل الفرد جهوداً ذاتية للتغيير أو يتم ذلك عن طريق إعادة التعلم أو محو التعلم وغير ذلك من طرق العلاج النفسى.

قياس الشخصية :

من الطريف أن تراث علم النفس يروى طرقًا عديدة لجأ إليها البعض لقياس الشخصية منها الفراسة وخاصة فراسة الوجه وقراءة الكف والحظ والتنجيم. وهذه الطرق الآن يمكن اعتبارها طرقًا للتسلية الاجتماعية أكثر منها طرقًا للقياس العلمى للشخصية. كذلك فإن الربط بين الجسم وأنماط أو أبعاد الشخصية على الرغم من اللجوء إليه والبحوث العلمية التى تجرى حوله لا يجعلنا نطمئن إليه.

ويلجأ بعض المعالجين النفسيين إلى المقابلة الشخصية، ودراسة الحالة، وملاحظة السلوك فى مواقف الحياة اليومية ولكن يجب استخدام اختبارات ومقاييس وأدوات موضوعية مثل مقاييس التقدير واختبارات الشخصية ومقاييس تقدير الذات والاختبارات الإسقاطية. ويجب الاهتمام بموضوعية الاختبارات وصدقها وثباتها ووجود معايير لها. ويجب تجنب بعض المؤثرات الضارة مثل الذاتية «وأثر الهالة» حيث يتأثر الفرد فى حكمه على شخصية آخر - بدون قصد - بالفكرة العامة عنه. فإذا كانت الفكرة العامة «حسن» مال إلى أن يلصق به معظم الصفات المرغوبة، وإذا كانت الفكرة العامة «ردىء» مال إلى أن يلصق به معظم الصفات غير المرغوبة (فيليب فيرنون Vernon، ١٩٦٤).

وهكذا تتعدد وسائل قياس الشخصية حسب النظرية التى بنى فى ضوئها المقياس، وحسب وظيفة الشخصية المراد قياسها، وحسب نمط المثير المعروض فى المقياس، وحسب نمط الاستجابة المطلوبة، وحسب ظروف الإجراء، وحسب طريقة التفسير، وحسب هدف المقياس (سيد غنيم، ١٩٧٣).

وهناك من ينظرون إلى مقاييس الشخصية من وجهتين : المقاييس المقننة (تجريبيًا) وتستهدف التصنيف والتفسير، والمقايس الكلينيكية وتستهدف دراسة وفهم شخصية فردية بعمق.

وفيما يلى أهم اختبارات الشخصية المستخدمة فى مصر :

استفتاء الشخصية للمرحلة الأولى : تأليف ريموند كاتيل Cattell، إعداد عبد السلام عبد الغفار وسيد غنيم.

استفتاء الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية : تأليف ريموند كاتيل إعداد سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار.

اختبارعوامل الشخصية للراشدين : تأليف ريموند كاتيل، إعداد عطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار.

هذه الاستفتاءات الثلاثة تقيس سمات الشخصية وأبعادها وهى : السيكلوثيميا ضد الشيزوثيميا، الذكاءالعام ضد الضعف العقلى، والثبات الانفعالى أو قوة الأنا ضد عدم الاتزان الانفعالى وضعف الأنا، والمحافظة ضد التحرر، والسيطرة ضد الخضوع، والانبساط ضد الانطواء، وقوة الأنا الأعلى ضد ضعف الأنا الأعلى، والمخاطرة والإقدام ضد الخجل والحرص، والواقعية ضد الرومانتيكية، والبساطة ضد نقد الذات، والثقة بالنفس ضد الميل للشعور بالإثم، والاكتفاء الذاتى ضد الاعتماد على الجماعة، وقوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات، وقوة التوتر الدافعى ضد ضعف التوتر الدافعى، والتبصر ضد السذاجة.

اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الذكور : تأليف كارل روجرز Rogers، إعداد مصطفى فهمى. ويقيس الشعور بالنقص، وسوء التوافق الاجتماعى، وسوء التوافق العائلى. ويناسب الأعمار بين ٩ - ١٣ سنة. ويستغرق حوالى ٤٠ - ٥٠ دقيقة.

اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الإناث : تأليف كارل روجرز Rogers، إعداد مصطفى فهمى. ويقيس نفس الأبعاد السابقة، ونفس الأعمار، ونفس الزمن.

اختبارالشخصية للشباب : تأليف كارل جيسنيس Jesness ، إعداد عطية هنا ومحمد سامى هنا. ويقيس سوء التوافق الاجتماعى، واتجاه القيم للتدهور، وتأخر النضج والنظرة العقلية الذاتية أو الاجترار العقلى، والاغتراب، وإظهار العدوان، والانسحاب الانعزالى، والقلق الاجتماعى، والكبت، والإنكار، واللا اجتماعية. ويستغرق من ٢٠ - ٤٠ دقيقة.

اختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية : إعداد عطية هنا. ويقيس التوافق الشخصى، ويشمل : الاعتماد على النفس، والشعور بالقيمة الذاتية، والشعور بالحرية، والشعور بالانتماء، والتحرر من الميل إلى الانفراد والخلو من الأعراض العصابية، ويقيس التوافق الاجتماعى، ويشمل : المستويات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية، والتحرر من الميول المضادة للمجتمع، والعلاقات فى الأسرة، والعلاقات فى المدرسة، والعلاقات فى البيئة المحلية.

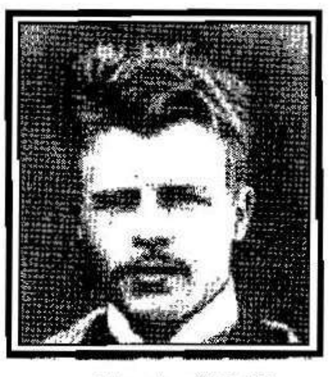
قائمة أيزينك للشخصية : تأليف هانز أيزينك Eysenck، إعداد جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام. وتقيس الانبساط - الانطواء، والعصابية.

اختبار الشخصية : وضع روبرت بيرنرويترBernreuter، إعداد محمد عثمان نجاتى. ويقيس الميل العصابى، والاكتفاء الذاتى، والانطواء - الانبساط، والسيطرة - الخضوع، والثقة بالنفس، والمشاركة الاجتماعية. ويناسب المرحلتين الثانوية والجامعية. ويستغرق حوالى ٢٥ دقيقة.

اختبار ساكس لتكملة الجمل. تأليف جوزيف ساكس Saxe ، إعداد أحمد سلامة. ويقيس الاتجاه نحو الأسرة، والاتجاه نحو الجنس، والاتجاه نحو العلاقات الاجتماعية، والاتجاه نحو الذات. ويصلح للبالغين. ويستغرق حوالى ٢٠ - ٤٠ دقيقة.

اختبار رورشاخ : Rorschach Inkblot Test

وهو اختبار اسقاطى لقياس الشخصية ويعرف باسم اختباربقع الحبر. وهو من وضع هيرمان رورشاخ. ويتكون من عشر بطاقات على كل منها بقعة حبر متماثلة الجانبين خمس منها باللون الأسود والأبيض، والخمس الأخرى بها ألوان. وتعرض البطاقات على المفحوص الواحدة تلو الأخرى، ويطلب منه ذكر ما يراه فى البطاقة، ماذا يشبه، وماذا يحتمل أن يكون... إلخ. ثم يستفسر من المفحوص عن بعض النقط لتحديد أجزاءالاستجابة والحركة والألوان... إلخ. وفى التصحيح يتم التحديد الوصفى للاستجابات ودراسة محتواها والنواحى الابتكارية... إلخ. ويصلح الاختبار لجميع الأعمار.



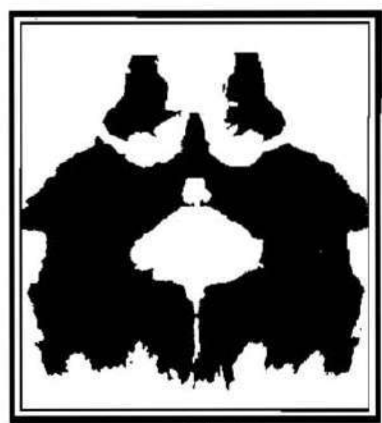
شكل (٢٧) هيرمان رورشاخ

واختبار رورشاخ يقيس الشخصية ككل : القدرة العقلية، الابتكار، المثابرة، الذات، الانبساط - الانطواء، قوة الشخصية، التقمص، الانفعال، الإيجابية - السلبية، النشاط - الخمول، العدوان - السلبية، التوافق النفسى، التطبيع الاجتماعى، أهداف الحياة، العصاب، الذهان، إصابة عضوية فى المخ، الجنس، الصدمات. (شكل ٢٨) (سيد غنيم وهدى براده، ١٩٦٤). [1]

(١) اختبار رورشاخ هو أشهر اختبارات بقع الحبر . وقد ظهرت تعديلات وتطويرات جديدة له يعضها يستخدم نفس بطاقات رورشاخ مع تعديل فى أداء الاختبار ، واستخدامه جماعياً ، وإعداد استجابات يختار منها المفحوص استجابته . وكذلك ظهرت اختبارات بقع حبر أخرى مثل « اختبار بقع الحبر لهوارد ، وضع جيمس هوارد Howard
Howard Ink Blot Test (HIBT) ، ويتكون من ١٢ بقعة أكبر من بقع رورشاخ وبها الوان أوضح وأكثر تنوعًا من ألوان رورشاخ . ويعطى كاختبار جماعى، ويناسب الراشدين . وهناك أيضاً « اختبار بقع الحبر لهولتزمان » Holtzman Inkblot Technique (HIT) وهو من وضع واين هولتزمان وآخرون . ويتكون من مجموعتين بكل منها ٤٥ بطاقة عليها بقع حبر أبيض وأسود وملونة، ويعطى بكل بطاقة استجابة واحدة ويجرى الاختبار جزئيًا أو جماعيًا . ويناسب الأعمار من ٥ سنوات فأكثر .

اختبار تفهم الموضوع «للكبار» Thematic Apperception Test (TAT) وهو اختبار إسقاطي وضع هينري موري Murray، واقتبسه وكتب عنه وأعد استمارة تحليل الاستجابات أحمد سلامة. ويتكون من ثلاثين بطاقة على كل منها صورة، فيما عدا واحدة منها بيضاء ليس بها صورة، عشر منها تصلح للجنسين، وعشر منها للذكور فقط، وعشر للإناث فقط. وتعرض على المفحوص عشرون صورة (العشر الأولى وعشر حسب جنسه). وتعرض الباقات على المفحوص الواحدة تلو الأخرى ويطلب منه أن يحكى قصة تستثيرها الصورة لها بداية ونهاية وفيها بطل ويحكى ماذا يحدث وكيف وأين ومتى ولماذا ومن الأشخاص... إلخ. ويستفسر من المفحوص عن بعض النقط، ثم تحلل القصص التى يفترض أن لها صلة بحياة المفحوص النفسية وخبراته وشخصيته. وتفسر القصص من حيث دور البطل (الذى يتوحد المفحوص معه) وصفاته الشخصية ودوافعه وميوله واتجاهاته وعلاقاته الاجتماعية وعوامل البيئة وموضوع القصة... إلخ. وهكذا يقيس الحاجات الرئيسية، وضغوط البيئة، وإدراك الأشخاص، والصراعات الرئيسية، والقلق، والدفاعات الرئيسية، وقوة الذات العليا، وتكامل الذات (شكل ٢٩).

اختبار تفهم الموضوع (للأطفال) Children's Apperception Test (CAT) وضع ليوبولد بيلاك وسونيا بيلاك Bellak & Bellak ويصلح للأطفال بين ٣ - ١٠ سنوات. وهو مثل اختبار تفهم الموضوع للكبار، إلا أنه يتكون من عشر بطاقات عليها رسوم حيوانات وطيور فى مواقف متنوعة (انظر شكل ٣٠). وتوجد كذلك صورة أخرى للاختبار عليها رسوم آدمية فى نفس المواقف (شكل ٣١).



شكل (٢٨)
اختبار رورشاخ (عينة)

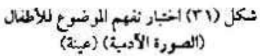


شكل (٢٩)
اختبار تفهم الموضوع للكبار (عينة)



(شكل ٣٠) اختبار تفهم الموضوع للأطفال
(صورة الحيوانات) (عينة)

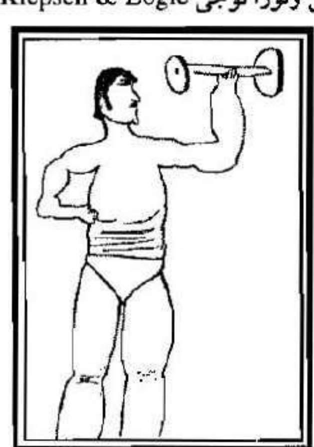




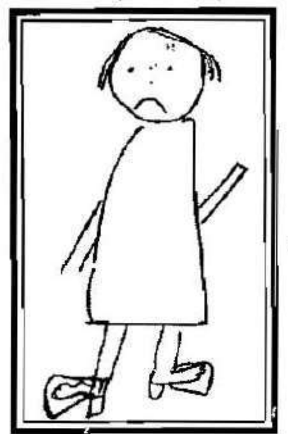
شكل (٣١) اختبار تفهم الموضوع للأطفال
(الصورة الآدمية) (عينة)

اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص : House-Tree-Person (H.T.P.) وهو اختبار إسقاطي من وضع جون باك Buck وإعداد لويس كامل مليكة. وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم رسمًا جيدًا بقدر الإمكان لمنزل ثم لشجرة ثم لشخص. ثم يوجه إليه عدد من الأسئلة تتصل بهذه الوحدات الثلاث، ثم يطلب إليه رسم الوحدات الثلاث بالألوان، ثم تصحح الرسوم وتحلل كما وكيفًا للحصول على معلومات هامة من الناحيتين التشخيصية والتنبؤية عن الشخصية الكلية وتفاعلها مع البيئة من النواحي العامة والخاصة.

الرسوم والكتابة العفوية : Doodles وهي الرسوم والكتابة غير الهادفة التي يقوم الفرد بعملها دون وعي منه وهو جالس في اجتماع (مثل جلسة علاجية) وهي يفكر أو يركز انتباهه في شيء آخر. ودراسة الرسوم والكتابة العفوية تفيد في دراسة الشخصية من الناحيتين التشخيصية والعلاجية، حيث تحلل الرسوم والكتابة كما وكيفًا ومن حيث التعبير والمحتوى والتكرار للكشف عن الحاجات والصراعات والخيالات ومظاهر التنفيس الانفعالي... إلخ (لويس كامل مليكة، ١٩٦٨، مارفين كليبش ولورا لوجي Klepsch & Logie، ١٩٨٢) (انظر شكل ٣٢، شكل ٣٣).



شكل (٣٢)
رسم عفوي (يعبر عن الرغبة في القوة)



شكل (٣٣)
رسم عفوي
(يعبر عن الحزن)

الجهـــاز العصبـــى

THE NERVOUS SYSTEM

الجهاز العصبى هو **الجهاز الحيوى الرئيسى** الذى يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى، برسائل عصبية خاصة تنقل الإحساسات المختلفة (المثيرات) الداخلية والخارجية ويستجيب لها فى شكل تعليمات إلى أعضاء الجسم، مما يؤدى إلى تكييف نشاط الجسم ومواءمته لوظائفه المختلفة الإرادية واللاإرادية الضرورية للحياة بانتظام وتكامل. وبفضل الجهاز العصبى يستطيع الجسم أن يتفاعل مع بيئته الداخلية والخارجية (انظر كنينجهام، ١٩٦٥، إديث سبرول، ١٩٤٦، شفيق عبد الملك، ١٩٥٦، أحمد عكاشة، ١٩٦٨). [١]

ووحدة النسيج العصبى هى الخلية العصبية ومحورها وتشعباتها.

وينقسم الجهاز العصبى إلى:[٢]

١ - الجهاز العصبى المركزى : ويشمل :

أ - المخ : وينقسم إلى :

- المخ المقدمى (الفصوص).
- المخ المتوسط (فخذى المخ والأجسام التوأمية الأربعة).
- المخ المؤخرى (القنطرة والنخاع المستطيل والمخيخ).
- وتخرج منه أعصاب المخ (وعددها ١٢ زوجًا). [٣]

ب - الحبل الشوكى :

- ويخرج منه الأعصاب الشوكية (وعددها ٣١ زوجا).

٢ - الجهاز العصبى الذاتى (التلقائى) : ويشمل :

أ - الجهاز التعاطفى (السمبتى).

ب - الجهاز نظير التعاطفى (نظير السمبتى).

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى علم الأعصاب والجهاز العصبى ما يلى :

- Brain Research .
- Brain Research Bulletin .
- Neuro Psychobiology .
- Psychoneuroendocrinology .

(٢) يقسم البعض الجهاز العصبى إلى :
١ - الجهاز العصبى المركزى (أو الرئيسى) ويضم : أ - المخ ب - الحبل الشوكى .
٢ - الجهاز العصبى الخارجى (أو الفرعى) ويضم : أ - الأعصاب المخية ب - الأعصاب الشوكية .
٣ - الجهاز العصبى الذاتى (أو التلقائى) ويضم : أ - الجهاز التعاطفى ب - الجهاز نظير التعاطفى .

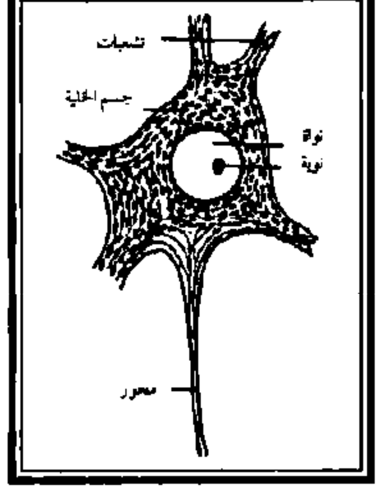
(٣) يمكن رؤية أجزاء المخ عندما يقلب عاليه سافله .

أما عن وظائف الجهاز العصبى فهى، كما ذكرنا، السيطرة على أجهزة الجسم الأخرى، وربط الجسم بالبيئة الخارجية. ويقوم الجهاز العصبى بوظيفة حسية، ووظيفة حركية، وتتم فيه العمليات العقلية العليا. ويختص كل جزء من أجزاء المخ بوظيفة خاصة، كذلك يختص كل عصب من أعصاب المخ بوظيفته المحددة له، ويغذى كل عصب شوكي منطقة خاصة من الجسم، وتنطلق أعصاب الجهاز العصبى الذاتى بقسميه التعاطفى ونظير التعاطفى إلى الأعضاء الخاصة بها.وفوق هذا كله فإن الجهاز العصبى هو الذى يصدر عنه السلوك السوى واللاسوى ومن ثم أهميته بالنسبة لنا.

النسيج العصبى :

العصبة neurone: هى وحدة النسيج العصبى وتضم الخلية العصبية وتشعباتها ومحورها.

والخلية العصبية nerve cell (شكل ٣٤) هى الخلية الأساسية فى الجهاز العصبى. وهى أكبر من باقى خلايا الجسم، ولها نواة كروية ولها نوية وبها حبيبات للتغذية، ولها تشعبات (شجيرات) dendrites عصبية توصل النبضات العصبية إلى الخلية. ولها محور axonطوله من بضعة ملليمترات إلى أكثر من متر ينقل النبضات العصبية من الخلية. وتحاط محاور الخلايا العصبية بغلاف أبيض اللون يتكون من مادة دهنية هى الميلين myelin . والخلايا العصبية لا يتصل بعضها ببعض اتصالا مباشرًا، وإنما يتم اتصالها عن طريق محور الخلية الذى يكون قريبًا من شجيرات الخلية العصبية الأخرى، وتسمى المسافة بينها باسم «الموصل» العصبى، ويتم التوصيل على التتابع. ويعتقد أن التيار العصبى يعبر الموصل بسلسلة من التفاعلات الكيميائية المعقدة السريعة. وهكذا نرى أن وظيفة الخلية العصبية أنها ترسل شحنات كهربائية [1] وتوصل التيار العصبى. كذلك يحوى الجهاز العصبى بعض الخلايا الداعمة تسمى الضمام العصبى neuroglia وهى تضم وتدعم شبكة الجهاز العصبى. وتتجمع محاور الخلايا لتكون حزمًا تسمى «المسارات» إذا كانت موجودة فى المخ أو الحبل الشوكى، أما بعد خروجها من المخ والحبل الشوكى متجهة إلى أعضاء الجسم المختلفة فتسمى «الأعصاب» .



شكل (٣٤) الخلية العصبية

والأعصاب nerves تتكون من حزمة محاور وألياف عصبية. وهى كأسلاك توصل الإشارات العصبية بين المخ والحبل الشوكى والجهاز العصبى الذاتى من جهة وبين جميع أجزاء الجسم من جهة

(١) يقاس النشاط الكهربائى للمخ ويسجل بواسطة رسام المخ الكهربائى electro-encephalograph وهو مفيد فى تشخيص ما قد يصيبه من خلل واضطراب .

أخرى. والأعصاب ترى بالعين المجردة، وهى بيضاء اللون، ويتوقف سمكها على عدد المحاور والألياف العصبية بها، ويتوقف طولها على المسافة بين العضو الذى تخدمه وبين مصدرها، وأكبرها عصب النسأ وهو أطول أعصاب الجسم حيث يمتد من الحبل الشوكى على طول الفخذ والساق من الخلف. وكلما ابتعد العصب عن مصدره تفرع إلى فروع أصغر وقد يتشابك ويتضافر مع غيره من الأعصاب. ووظيفة الأعصاب هى حمل الإشارات العصبية فى اتجاهين يحددان تسميتها :

* مستقبلة (موردة) حسية : تستقبل المثيرات الحسية الخارجية إلى الجهاز العصبى المركزى فى المخ والحبل الشوكى.
* مرسلة (مصدرة) حركية : ترسل الأوامر العصبية الحركية من الجهاز العصبى المركزى فى المخ والحبل الشوكى إلى العضلات وغيرها.
* متوسطة (موصلة) مشتركة (حسية حركية) : وتوصل الإشارات العصبية فى الاتجاهين ولكن فى ألياف منفصلة.

ويلاحظ أن الخلية العصبية لا تعوض إذا تعرضت للتلف (ولذلك فالمخ مكنون فى الجمجمة والحبل الشوكى مسكن فى العمود الفقرى). وإذا قطع عصب فإن الجزء الذى فى ناحية المركز الرئيسى يأخذ فى النمو البطىء ثانية، أما الجزءالآخر (أسفل مستوى القطع من ناحية الأطراف) فإنه يفقد وظيفته.

وعند **فحص النسيج العصبى** بالعين المجردة يتضح لنا أن بعض مناطقه ذات لون رمادى وتعرف باسم (المادة الرمادية) وتضم الخلايا العصبية، وأن بعض مناطقه ذات لون أبيض وتعرف باسم «المادة البيضاء» وتضم المحاور بأغلفتها الميلينية البيضاء.

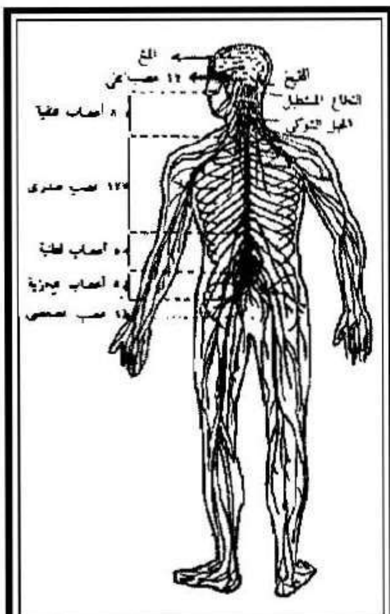
أقسام الجهازالعصبى :

أولا : الجهاز العصبى المركزى Central Nervous System (انظر شكل ٣٥) ويشمل :

١ - المخ : Cerebrum

وهو الجزء العلوى الأكبر والأهم فى الجهازالعصبى، ويوجد داخل الجمجمة، ووزنه حوالى ١٢٥٠ - ١٣٥٠جم، ويقل وزنه عند النساء حوالى ٦٪ عنه عند الرجال، ويتصل عند قاعدته بالحبل الشوكى (انظر الأشكال من ٣٦ - ٤١).

ويحيط بالمخ **ثلاثة أغشية** (سحايا) لحمايته وتغذيته، وهذه الأغشية الثلاثة تتصل مع نظيراتها حول النخاع الشوكى، وهى (من الداخل إلى الخارج) :



شكل (٣٥) الجهاز العصبى المركزى

* الأم الحنون: وهى رقيقة ومتصلة بالسطح الخارجى للمخ والمخيخ.

* الأم العنكبوتية : وهى تبطن الأم الجافية.

* الأم الجافية : وهى سميكة متينة سطحية تبطن عظام الجمجمة مباشرة.

والحيز المتوسط بين الأم الحنون والأم العنكبوتية حول المخ والحبل الشوكى يملؤه «**السائل المخى الشوكى**» ويوجد أيضًا فى بطينات المخ ويحيط به، وهو سائل شفاف، حجمه حوالى ١٢٠ سم٣، ويتكون من نفس العناصر التى يتكون منها الدم مع اختلاف فى نسبتها وخلوه من خلايا الدم الحمراءوهو لا يتجلط، وهومثل اللمف فى أنسجة الجسم الأخرى. ووظيفة السائل المخى الشوكى حفظ المخ والحبل الشوكى وذلك بامتصاص الصدمات، وهومهم فى تغذية الجهاز العصبى.

ويتركب المخ من جزءين :

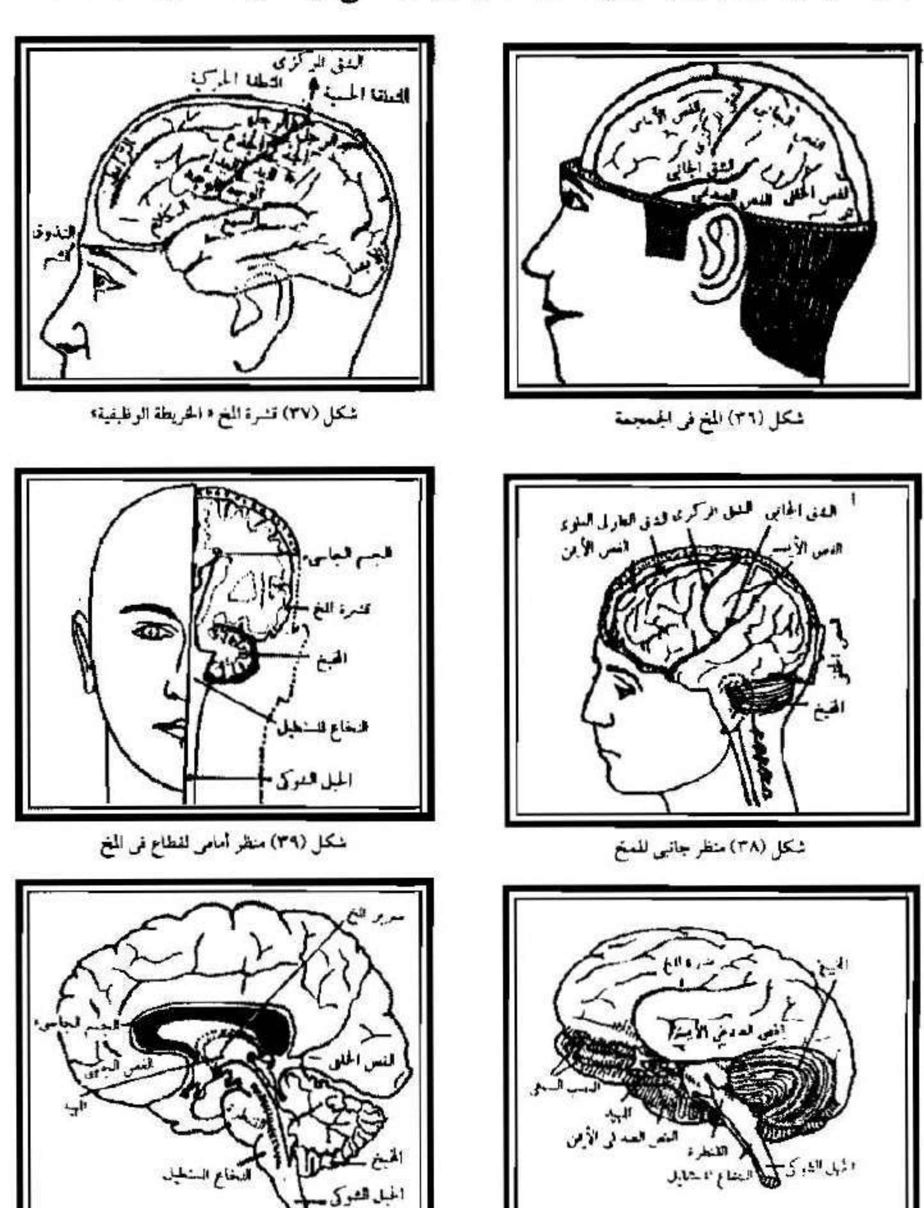
* **القشرة** (الجزء الخارجى للمخ) وتسمى المادة الرمادية، وعمقها بضع طبقات، وتشمل خلايا عصبية. وهى الجزء الأساسى فى المخ. وفى القشرة تلافيف كثيرة تزيد من مساحتها بشكل واضح فى الإنسان، ويعزى إلى ذلك تميز الإنسان على ما دونه من المخلوقات.

* **اللب** (الجزء الداخلى للمخ) ويسمى المادة البيضاء، ويشمل أليافًا ومحاور عصبية مستقبلة (حسية) ومرسلة (حركية) ومشتركة (حسية حركية).

وللمخ **ثلاثة أجزاء رئيسية: هى :**

١ - **المخ المقدمى** : وينقسم المخ المقدمى إلى **فصوص**. فنجد فصى المخ (نصفى كرة المخ) أيمن وأيسر، ويفصل بينهما الشق الطولى العلوى (يمتد من الجبهة إلى مؤخر الرأس)، ويربط الفصين (الأيمن والأيسر) ألياف عصبية رابطة وموصلة (الجسم الجاسىء) الذى يعتبر المجمع الرئيسى للمخ. ولكل فص ثلاثة سطوح (العلوى والإنسى والسفلى)، وأهمها السطح العلوى. وينقسم نصفا كرة المخ إلى فصوص يفصل بينها شق جانبى أقل عمقًا من الشق الطولى العلوى. وهكذا ينقسم المخ المقدمى إلى فصوص تتخذ أسماءها من مناطق الجمجمة التى تعلوها : الفص الجبهى (الأمامى) وهو الجزءالأكثر نموا فى الإنسان، وهو مركز الوظائف العقلية العليا كالإدراك والتفكير، والفص الجدارى (الجانبى) وهو مركز الإحساس غير المخصص كاللمس والألم... إلخ، والفص الصدغى وفيه مركز السمع، والفص القذالى (الخلفى) وفيه مركز البصر. وأهم الشقوق الشق المركزى المتوسط (شق رولاندو) بين المنطقة الحسية إلى الخلف (بها مراكز الحس) والمنطقة الحركية التى تتصل بأعضاء الجسم من القدم من أعلى إلى الرأس من أسفل. (شكل ٣٧). ويخص أجزاءالجسم (فى هذه المنطقة الحسية والحركية) مساحات تتناسب مع أهمية كل جزء حسيًا وحركيًا. ويلاحظ أن المراكز الحسية الحركية فى كل من الفصين تسيطر على الجهة الأخرى من الجسم. ووظيفة المخ المقدمى العمليات

العقلية العليا مثل التفكير والإدراك والإحساس والتذكر والحركة الإرادية. أى أنه يوجد بالمخ المقدمى مراكز للحواس مثل مركز البصر فى الفص الخلفى ومركز السمع فى الفص الصدغى... وهكذا.



شكل (٣٦) المخ فى الجمجمة

شكل (٣٧) قشرة المخ «الخريطة الوظيفية»

شكل (٣٨) منظر جانبى للمخ

شكل (٣٩) منظر أمامى لقطاع فى المخ

شكل (٤٠) المخ من أسفل

شكل (٤١) قطاع سهمى فى المخ

ب - **المخ المتوسط** : وهو يتوسط بين المخ المقدمى والمخ المؤخرى ويقع تحت المهيد وفوق القنطرة، وهو عمود ضيق قصيرطوله حوالى ٢ سم، ويشمل كل المحاور الصاعدة والنازلة وبعض الأنواع الهامة. ويشمل **فخذى المخ إلى الأمام**، وهما الجزءان اللذان يربطان القنطرة بفصى المخ من جهة وبالحبل الشوكى من جهة أخرى وبالمخيخ من جهة ثالثة، ويمر بهما كل المحاورالحساسة الصاعدة وكل المحاور المحركة النازلة. ويشمل **الأجسام التوأمية الأربعة** إلى الخلف، ويختص الجسمان العلويان منها بمركزين ثانويين لحاسة الإبصار والجسمان السفليان بمركزين ثانويين لحاسة السمع. وتنشأ من المخ المتوسط مجموعة من الأعصاب المخية. ويليه **سرير المخ** وهو يضم مجموعة عظيمة من البؤر العصبية، وهو مركز استقبال الأحاسيس وتصنيفها، وهو ملتقى المسارات العصبية من وإلى قشرة المخ وأسفل منه يوجد **المهيد** وهو عضو لا يزيد حجمه عن قالب السكر، ويعتبر المركز الأساسى للجهاز العصبى الذاتى، ويعتبرهمزة الوصل بين الانفعال وبين الجهاز العصبى الذاتى، ويعتبر مايسترو معظم الغدد.

جـ - **المخ المؤخرى** : **ويشمل** :

القنطرة (قنطرة فارول) : وهى الجزء الأبيض المنبعج الموجود بين نصفى المخيخ. وهى كما يدل اسمها جسم يشمل مسارات عصبية تتصل بالنخاع والحبل الشوكى والمخيخ.

النخاع المستطيل : وهو الجسم الأبيض المستطيل الذى يمتد أسفل القنطرة وفوق الحبل الشوكى. ويعتبره البعض امتداد الحبل الشوكى إلى أعلى. وبه مراكز حيوية. وفى وسطه يوجد شق يقسم مقدمه إلى نصفين. وتسمى الحزمة التى توجد على كل جانب باسم الهرم. وفى أسفله تتقاطع الأعصاب الجذعية (الحسية والحركية) وتعبره متجهة اليسرى منها إلى اليمين واليمنى منها إلى اليسار، وبذلك يتحكم نصف كرة المخ الأيسر فى الجانب الأيمن ونصف كرة المخ الأيمن فى الجانب الأيسر من الجسم. ومن وظائف النخاع المستطيل الهامة التحكم فى الجهاز الدورى والجهازالتنفسى.

المخيخ : ومعناه الحرفى المخ الصغير. ويقع أسفل الجزء الخلفى من المخ. ويتصل عن طريق المخ المتوسط بمنطقة الحركة بالمخ المقدمى. ويتصل أيضًا بالحبل الشوكى وبالقنوات الهلالية فى الأذن (وهى أعضاء التوازن). ويشمل فصين (أيمن وأيسر) يربطهما الجسم الدورى. وبداخله ما يعرف باسم «شجرة الحياة». ووظيفته تنظيم الحركات الإرادية وتوافقها، وحفظ توازن الجسم أثناء الحركة والسكون.

(انظر أشكال ٣٨ - ٤١).

هذا وعند **فحص المخ** يجب التأكد من مدى سلامة الأداء الوظيفى لأقسامه حسب ما أسلفنا. كذلك يجب البحث عن وجود إصابات المخ، والصدمات،والالتهابات، والنزيف، والعدوى...إلخ.

أعصاب المخ :

يخرج من المخ ١٢ زوجًا من الأعصاب المخية (أو الجمجمية). ووظيفة هذه الأعصاب السيطرة على الحس والحركة الإرادية فى الرأس فيما عدا واحد منها هو العصب العاشر الذى يسيطر على الأجزاء الباطنية ويتصل بالجهاز العصبى الذاتى ويعتبره البعض جزءًا من القسم نظير التعاطفى منه.

وتنقسم أعصاب المخ (وهى مرقمة اصطلاحيًا) حسب وظيفتها كما يلى : (انظر شكل ٤٢).

* ثلاثة للحساسية الخاصة : وهى :

١ - العصب الشمى (حسى للشم).

٢ - العصب البصرى (حسى للبصر).

٨ - العصب السمعى (حسى للسمع).

* ثلاثة محركة للعين : وهى

٣ - العصب المحرك للعين (حركى للعين).

٤ - العصب الاستعطافى (حركى للعين).

٦ - العصب المبعد (حركى للعين).

* ثلاثة حسية حركية : وهى:

٥ - العصب التوأمى الثلاثى (حسى للوجه والأسنان، وحركى لعضلات الوجه والمضغ).

٩ - العصب اللسانى البلعومى (حسى حركى للسان «الثلث الخلفى من اللسان» والبلعوم).

١٠ - العصب المتجول أو الحائر أو الرئوى المعدى (حسى حركى يسيطر على الأجزاء الباطنية فى العنق والصدر والبطن. وهو جزء من الجهاز نظير التعاطفى).

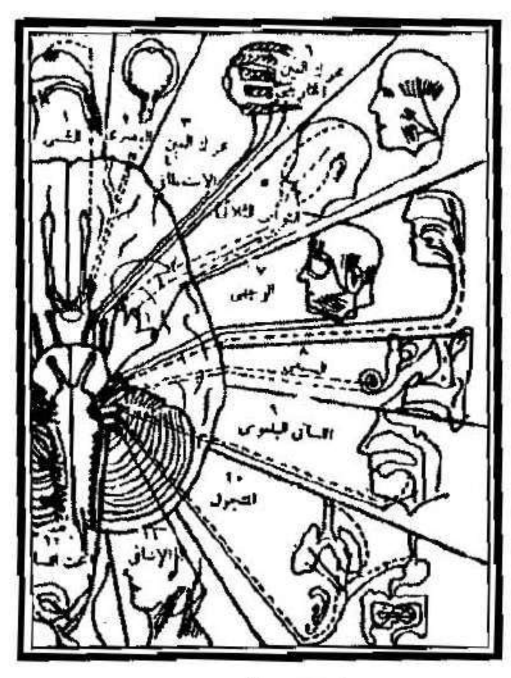
* ثلاثة للتعبير : وهى:

٧ - العصب الوجهى (حسى للسان «الثلثان الأماميان من اللسان»، وحركى لعضلات التعبير الوجهى).

١١ - العصب الإضافى أو المساعد (حركى يساعد العصب العاشر خاصة فى حركة الرقبة والكتف).

١٢ - العصب تحت اللسان (حركى للسان).

وعند **فحص أعصاب المخ** يجب أن يتأكد الفاحص من سلامة الأعصاب المخية الإثنى عشر بإجراء اختبار لوظائفها كما هو مبين. ويمكن الاستدلال على إصابة أعصاب المخ من وجود اضطرابات مثل العمى، الحول، الخشم، الصمم... وهكذا.



شكل (٤٢) الأعصاب المخية

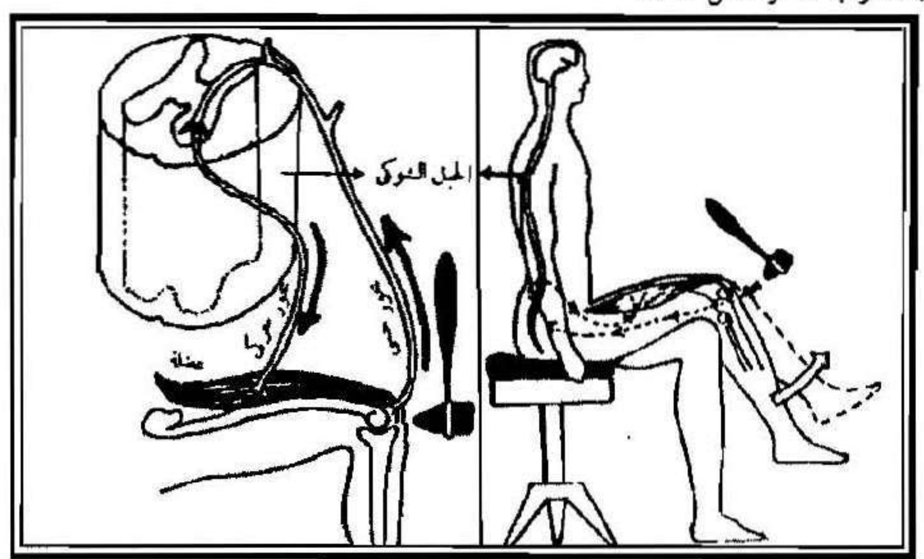
٢ - الحبل الشوكى (النخاع الشوكى) : Spinal Cord

يوجد الحبل الشوكى داخل القناة الفقرية، وطوله حوالى ٤٥ سم، وقطره حوالى ٥ر١ سم (فى الشخص الراشد). ويمتد من قاعدة الجمجمة (حيث يتصل من أعلى بالمخ) إلى أسفل الظهر. ويحيط به الأغشية (السحايا) الثلاثة.

الأم الحنون، والأم العنكبوتية، والأم الجافية.

وعند **فحص الحبل الشوكى** (إذا نظرنا إلى قطاع مستعرض) نلاحظ المادة الرمادية فى وسطه (وتحوى الخلايا العصبية)، وأهم ما بها القرن الخلفى أوالظهرى (يحوى الخلايا العصبية المحركة التى تنشأ فيها أعصاب الحركة) وتحيط بالمادة الرمادية المادة البيضاء (وتحوى حزم المحاور المغلفة بالميلين وتسمى المسارات، ومنها الصاعدة من الحبل الشوكى إلى المخ وهى مسارات الإحساس، ومنها الهابطة من المخ إلى الحبل الشوكى وهى مسارات الحركة).

ووظيفة الحبل الشوكى أنه مركز توصيل التيارات العصبية من المخ وإليه . كما أنه مركز **الانعكاسات** العصبية . ففى بعض الأحيان لا يتطلب المثير الحسى المفاجىء عمليات عقلية عليا أو تدبير أعلى، بل يحتاج إلى تنفيذ الأفعال المناسبة فى الحال ، ولذلك تحدث فى الحبل الشوكى دون الرجوع إلى المراكز العليا الموجودة فى المخ ، وهذه هى الأفعال الانعكاسية، ومن أمثلتها انعكاس رجفة الركبة (انظر شكل ٤٣) .



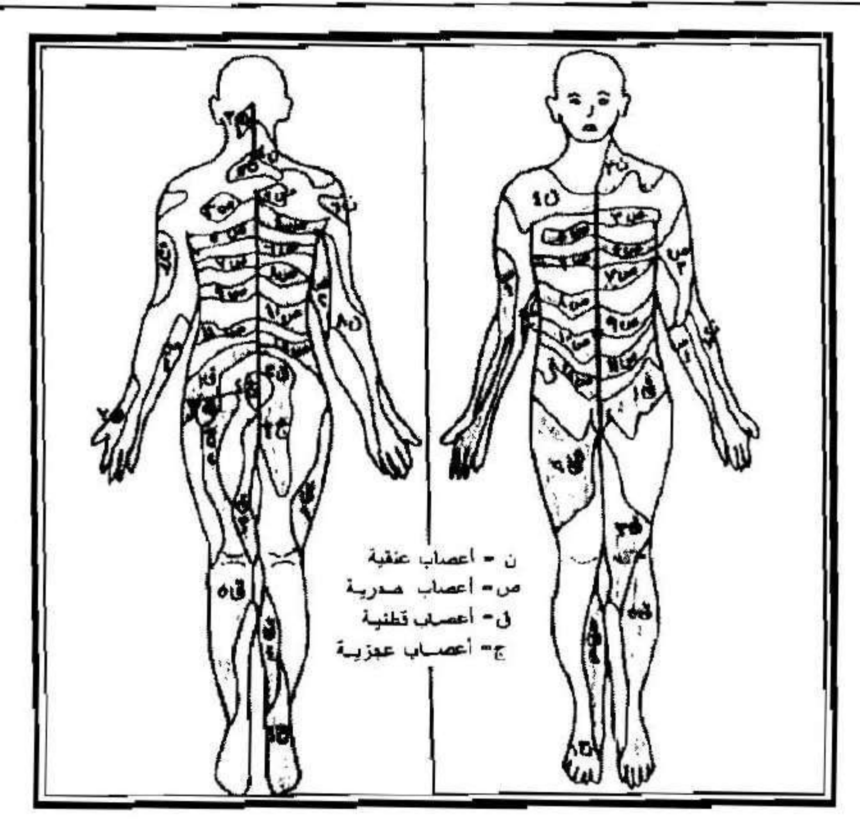
شكل (٤٣) من وظائف الحبل الشوكى « الانعكاس »

ويتفرع من الحبل الشوكى ٣١ زوجًا من الأعصاب الشوكية .

الأعصاب الشوكية :

تتفرع الأعصاب الشوكية من الحبل الشوكى وتتوزع على جميع أجزاء الجسم (أمام وخلف) بالعنق والجذع والأطراف . وتسمى تبعًا لمناطق الحبل الشوكى فى العمود الفقرى . وهى تخرج من الثقوب التى بين الفقرات . وعددها ٣١ زوجًا (٨ عنقية + ١٢ صدرية أو ظهرية + ٥ قطنية + ٥ عجزية + ١ عصعصى) (راجع شكل ٣٥) . ويتصل كل عصب شوكى بالحبل الشوكى بواسطة جذرين : الخلفى حسى والأمامى محرك ، ويتحد الجذران فى جذع لا يلبث أن يتفرع إلى فرعين أمامى وخلفى . وتتحد الفروع وتتشابك مكونة ضفائر تعرف بالضفائر العنقية والعضدية والقطنية والعجزية تتوزع فروعها إلى العنق والطرفين العلويين والبطن والطرفين السفليين .

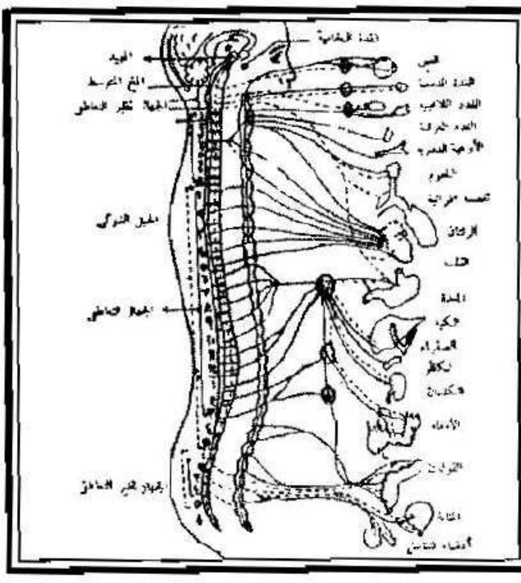
ويمكن **لفحص الأعصاب الشوكية** عن طريق جس المناطق التى تتصل بها فى جسم الإنسان، ومن هذا يمكن التأكد من سلامة الأعصاب الشوكية أو إصابتها (انظر شكل ٤٤).



شكل (٤٤) توزيع الأعصاب الشوكية من الأمام ومن الخلف

ثانيًا - الجهاز العصبى الذاتى (التلقائى) Autonomic Nervous System

وهو جهاز مستقل بعمل تلقائيًا أو ذاتيًا أو لا إراديًا أو لا شعوريًا ، ولكنه يتصل بالجهاز العصبى المركزى (عن طريق العصب المخى العاشر وأعصاب موصلة بالحبل الشوكى) . (انظر شكل ٤٥) .



شكل (٤٥) الجهاز العصبى الذاتى

وينقسم إلى جهازين فرعيين :

١ - الجهازالتعاطفى (السمبثى) : Sympathetic Nervous System

وهو على شكل حبل مسبحى (سلسلة) على كل ناحية من العمود الفقرى ، بالإضافة إلى عدد من العقد والضفائر (العصبية) تتصل بأعضاء الجسم فى الرأس والعنق وتجويف الصدر وتجويف البطن والحوض . وعمل هذا الجهاز التعاطفى أنه ينشط أو ينبه عمل أجهزة الجسم التى يسيطر عليها.

٢ - الجهاز نظير التعاطفى (نظير السمبثى)

Parasympathetic Nervous System

وينشأ من منطقتين ضيقتين إحداهما علوية فى المخ المتوسط والنخاع المستطيل والأخرى فى المنطقة العجزية . وعمل هذا الجهاز نظير التعاطفى أنه يثبط أو يكف وينظم عمل أجهزة الجسم التى يسيطر عليها .

من هذا نرى أن عمل كل من قسمى الجهاز العصبى الذاتى (التعاطفى ونظير التعاطفى) عمل مضاد لعمل الآخر ولكنه يكمله . فمثلا نجد أن الجهاز التعاطفى ينشط نبضات القلب بينما يعمل نظير التعاطفى على تثبيطها . وهكذا نجد أن **وظيفة الجهاز العصبى الذاتى** هى القيام على أمن الجسم تلقائيًا . فهو يسيطر على جميع أجهزة الجسم الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز الدورى والجهاز التنفسى والجهازالهضمى والجهازالبولى والجهاز التناسلى وجهاز الغدد والجلد . وهو يعمل وقت تعرض الجسم للخطر بما يشبه إعلان حالة الطوارىء وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها فى أعلى درجة الاستعداد والأداء . كذلك فإن الجهاز العصبى الذاتى يتصل بالانفعال، ويتم ذلك عن طريق المهيد . وتحدث الاضطرابات النفسية الجسمية نتيجة تحويل الانفعال المزمن عن طريق المهيد إلى الجهاز العصبى الذاتى وتأثر أضعف الأجهزة الجسمية اللاإرادية التى يسيطر عليها .

الصحة النفسية والعلاج النفسى بين الماضى والحاضر والمستقبل

الأمراض النفسية والعقلية قديمة قدم الإنسانية . ولقد مر تطور الصحة النفسية والعلاج النفسى بتاريخ طويل يرجع إلى حوالى **خمسة آلاف عام**. ومن المفيد والطريف أن نلقى نظرة تاريخية على تطور الصحة النفسية والعلاج النفسى عبر العصور (ماستر Master ، ١٩٦٧ ، سعد جلال ، ١٩٧٠) .

العصور القديمة :

توجد الجذور التاريخية لما يوجد الآن من فكر عن الصحة النفسية والأمراض النفسية والعلاج النفسى فى **الحضارة المصرية** والحضارة البابلية والحضارة الصينية والحضارة الهندية والحضارة السومرية.



شكل (٤٦) عملية الترنبة
(الجمجمة واضح بها ثقب ليخرج منه الروح الشريرة)

ومنذ حوالى ٣٠٠٠ سنة ق . م . كان الاعتقاد السائد أن الأمراض النفسية والعقلية ترجع إلى قوى خارجية وأن سببها **مس الجن وتأثير الأرواح الشريرة**، ولذلك كان المريض يعانى الأمرين ، الأفكار البدائية والعلاج البدائى .[1] . وانبثق عن هذا الاعتقاد محاولات علاجية بدائية مثل عملية تربنة الجمجمة أى إحداث ثقب بها حتى يخرج منه الروح الشريرة (انظر شكل ٤٦). وادعى السحرة والعرافون وغيرهم القيام بعلاج الحالات النفسية بالسحر . وكان **رجال الدين** يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود السلام إلى حياته . وعلى العموم فقد كان المريض العقلى يعزل حتى لا يؤذى نفسه ولا يؤذى الآخرين .

ولعل **أمنحتب** هو أول طبيب فى مصر القديمة (٤٠٠٠ ق . م) عالج « المجانين » على أنهم «مرضى عقليين» . وكان هدفه فى علاجهم أن يعود السلام إلى حياتهم .

وفى مصر كان القدماء المصريون أول من ميزوا المرض النفسى ووصفوه وكتبوه على أوراق البردى قبل ١٥٠٠ سنة ق . م .

(١) للأسف الشديد لا تزال بعض هذه الأفكار البدائية والعلاج البدائى موجوداً فى وقتنا هذا فى بعض المجتمعات البدائية والطبقات المحدودة الثقافة . وانظر إلى الاعتقاد فى السحر والأعمال واللجوء إلى المشعوذين والدجالين .

وفي التوراه توجد إشارات إلى الأمراض العقليةوخاصة «الصرع» الذى كان يعرف بالمرض المقدس .

مع تقدم الحضارة :

وفى بحر الخزعبلات والأفكار البدائية ظهرت جزيرة العقل والفلسفة العقلية فى زمن الحضارة اليونانية الرومانية خاصة فى الفترة بين ٥٠٠ ق . م - ٢٠٠ بعد الميلاد ونمت المعرفة إلى أن المخ هو العضو الذى يتركز فيه النشاط العقلى المعرفى ، وأن المرض العقلى دليل على اضطراب المخ .

وقال أبو قراط Hippocrates (٤٠٠ق . م .) إن المخ هو عضو العقل ويتركز فيه النشاط العقلى المعرفى ، وأن المرض العقلى دليل على وينتج عن مرض المخ . ولاحظ أبو قراط دور الوراثة والاستعداد وعلاقتهما بالاضطرابات العقلية . وقدم أبو قراط نظرية الأخلاط الأربعة (الدم والبلغم والصفراء والسوداء) وقال إن الاضطراب فيها مسئول عن المرض عامة بما فى ذلك المرض العقلى، وحاول تقسيم الأمراض العقلية وذكر منها الهوس والمنخوليا والهستيريا والصرع، ونزع عن الصرع (المرض المقدس) قدسيته واعتبره مرضًا له أسبابه وعلاجه .

وفى الهند قدم شاركا (٤٠٠ق . م .) نظرية مماثلة عن أخلاط ثلاثة .

وناقش **أفلاطون** Plato (٣٨٠ ق . م) العقل والكائن البشرى ، ووجه العناية إلى المعاملة الإنسانية والفهم اللازم لعلاج المرضى، ووجه العنايـة إلى أحلام المريض وأهميتها . ولعل كتاب « الجمهورية » لأفلاطون أول مرجع فى معاملة المريض العقلى حيث أكد ضرورة حسن المعاملة والرعاية المنزلية وتوقيع غرامة على من يهمل المريض العقلى .

شكل (٤٧) أفلاطون

كذلك ناقش أرسطو Aristotle العقل والكائن البشرى .

وهذا مصرى آخر إرازيستراتوس Irasistratus (٣٠٠ ق . م .) اعتقد أن « الجنون » يسببه الاضطراب الانفعالى وبنى علاجه على ذلك .

ومع جالين Galen (٢٠٠ ق . م .) بدأ علم الأعصاب التجريبى ودرس جالين تشريح الجهاز العصبي ووظائفه ، وأوضح أنه ليس من الضرورى أن يكون هناك إصابة عضوية فى حالة المرض العقلى .

وبعد ذلك كان إنشاء **أول مستشفى للأمراض العقلية** فى أورشليم فى سنة ٤٩٠ بعد الميلاد .


شكل (٤٨) ابن سينا

وفي **العالم العربي الإسلامي** ازدهرت علوم الطب والعلاج . ومن أعلام العرب هنا الطبرى والرازى **وابن سينا** « أمير الأطباء » (٩٨٠ - ١٠٣٧ م) . وتأثر العرب بروح الإسلام فى رعايتهم للمرضى العقليين وإقامة المستشفيات والبيمارستانات (دور المرضى) مثل بيمارستان هارون الرشيد وبيمارستان البرامكة والبيمارستان المنصورى الذى أنشأه محمد بن قلاوون . وكانت معاملة المرضى فى هذه المستشفيات فى أول الأمر مماثلة لنظيرتها فى أوروبا حيث كانوا يصفدون فى الأغلال ويودعون فى زنزانات ويعالوجون بالسحر والرقى والعزائم .

وكان بعض المرضى العقليين يرتقون إلى مصاف الأولياء وبعضهم ينالهم السخرية . إلا أن الحال أخذ يتحسن بعد ذلك فى هذه البيمارستانات .

العصور الوسطى :

وعبر العصور الوسطى حدثت **نكسة** وعاد الفكر الخرافى والخزعبلات وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض (انظر شكل ٤٩) ونعتبر العصور الوسطى عصوراً مظلمة بالنسبة للعلاج النفسى ، فقد عاد العلاج إلى سابق عهده فى العصور القديمة . وفى تلك العصور وفى بعض البلاد كان الأغنياء يستطيعون شراء «المجانين» وضعاف العقول ويرعونهم مقابل أى عمل يمكن أن يقوموا به .

وقام **رجال الدين** بمحاولات علاجية تحت اسم « العلاج الدينى » أو « العلاج الأخلاقى » . وكان العلاج يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار (المباركة) والتعويذات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجان . ولم يخل الحال من ربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض . (انظر شكل ٥٠ ، ٥١) .

وفى انجلترا بنى **أول ملجأ « للمجانين »** سنة ١٤٠٣ .

العصر الحديث :

وفى العصر الحديث (عصر النهضة العلمية) منذ أن قامت **الثورة** الفرنسية فى سنة ١٧٨٩ أشرق نور جديد على طريق الإصلاح وأعيد النظر فى الأفكار التقليدية وتعدلت النظرة إلى المرض العقلى كمرض مثله مثل أى مرض جسمى آخر . **وبدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية** للمرضى العقليين ، وأقيمت المستشفيات وتحسنت بيئتها من حيث الرعاية والعلاج ورفعت عنه السلاسل

وتحرروا من الزنزانات فى فرنسا وانجلترا وألمانيا وأمريكا . وأتيحت لهم فرصة التنزه والترفيه والعمل وتحسنت معاملتهم فى مجتمع أوسع وبحرية أكبر .



شكل (٤٩) فى العصور الوسطى كان يعتقد أن الأرواح الشريرة تمس المريض



شكل (٥١) علاج الأمراض العقلية قديمًا



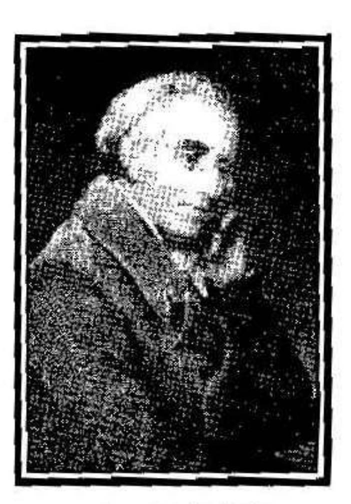
شكل (٥٠)
مريض عقلى مقيدًا بالأغلال « العصور الوسطى »

وفي أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر ظهر الفكر الحديث وزاد التقدم وظهرت **أشكال جديدة من العلاج** منها « المنطل البارد » و « الحمامات الساخنة » ومازالت تستخدم حتى الآن . وكان من بين **قادة الاتجاه الحديث** والذين نشروا أفكاره **فيليب بينيل** Pinel فى فرنسا

ووليام تيوك Tuke فى إنجلترا **وبنيامين روش** Rush فى أمريكا. وقد اهتم روش بصفة خاصة بالدراسة العلمية لعلاج المرض العقلى وأدخل طريقة العلاج الإشراطى فى علاج الكحوليين وأوصى بالعلاج المائى والرياضى ونشر هذا فى كتاب سنة ١٨١٢ .



شكل (٥٢) فيليب بينيل



شكل (٥٣) بنيامين روش

وهكذا تحسن الحال رويدا رويدا وعمق الفهم وتطور نظام رعاية المرضى العقليين فى تلك الفترة **ونشط البحث** . وظهرت أول **مجلة علمية** تخصصت فى الأمراض النفسية سنة ١٨٠٥ . وبدأ **تدريس الأمراض النفسية والعقلية** فى شكل محاضرات ألقاها سير الكسندر موريسون Morrison فى أدنبره باسكتلندا سنة ١٨٢٣ ثم حاضر بعد ذلك فى لندن . وظهرت **التشريعات** والقوانين لحماية المرضى العقليين وحسن معاملتهم وظهر أول قانون من هذا النوع فى انجلترا سنة ١٨٠٨ . كذلك تكونت أول لجنة لرعاية المرضى العقليين فى انجلترا سنة ١٨٤٥ .

وفى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين زاد التقدم أكثر وأكثر. فمثلا قام **كرابيلين** Kraepelin (١٨٥٦ - ١٩٢٦) بعمل تصنيف ووصف للمرض العقلى وحدد أسبابه وأعراضه وعلاجه ومآله ، ووصف أعراضًا أهمها ذهان الهوس والاكتئاب والفصام ، وأدخل علم النفس الفسيولوجى وأبرز أهميته فى مجال العلاج النفسى . وأكد ضرورة علاج مرض معين فحسب . وأقام كرابيلين أول معهد للبحوث به قسم خاص لعلم النفس التجريبى والمرضى . ويعتبره البعض «**أبو الطب النفسى الحديث**» .



شكل (٥٤) كرابيلين



شكل (٥٥) بلولر

وفي هذه الفترة أيضًا ازدهر **علم الأعصاب** وتركز الانتباه العلمي على **الأمراض العصبية** وأصبح الفحص والتشخيص والعلاج أكثر دقة ، وتحدد ميدان المرض العصبي والعضوي والاضطرابات العصبية والوظيفية .

وفي **مصر** أنشأ كلوت بك سنة ١٨٨٠ مستشفى للأمراض العقلية في الأزبكية بالقاهرة وكانت تابعة للجيش ، ثم نقلت إلى بولاق ، ثم إلى العباسية في السراية التي اشتهرت باسم « السراية الصفراء » نسبة للون طلائها . وقد تجددت هذه المستشفى وتطورت وتعرف الآن باسم « دار الاستشفاء للصحة النفسية » .

وفي **فرنسا** أسهم **شاركوه** Charcot (١٨٢٥ - ١٨٩٣) ورفاقه وتلاميذه إسهامًا واضحًا في تقديم العلاج النفسي وركزوا الاهتمام على الهستيريا واستخدموا التنويم الإيحائي في العلاج (شكل ٥٦). ومن بين الأعلام في هذه المرحلة أيضًا **بلولر** Bleuler (١٨٥٧ - ١٩٣٩) واهتم بالفصام والشخصية الفصامية وعلاج التنفيس . وقدم جانيت Janet (١٨٥٩ - ١٩٤٧) نظرية التوتر النفسي، واهتم بالقلق والهستيريا والخواف والوهن النفسي (السيكاستينيا) واهتم بالعلاج بالإقناع والإيحاء . وطالب بتنويع طرق العلاج حسب نوع المرض وحالة المريض .

وظهرت مدرسة **التحليل النفسي** بزعامة **سيجموند فرويد** Freud (١٨٥٦ - ١٩٣٩) . واهتم بالنمو النفسي الجنسي وأكد أن كل أنواع العصاب يسببها اضطراب الوظيفة الجنسية ، وركز على عقدة أوديب وعقدة اليكترا . وقدم فرويد نظريته في الشخصية ومكوناتها والجهاز النفسي (الأنا والهو والأنا الأعلى ، والشعور واللاشعور وما قبل الشعور) . واستخدم فرويد في العلاج طريقة التداعي الحر والتفريغ الانفعالي وتحليل الأحلام والإيحاء ، وحدد عمليات تحدث في التحليل النفسي مثل التحويل والمقاومة ... إلخ



شكل (٥٦) شاركوه يشرح التنويم لأطباء وطلاب الطب

ثم حدثت حركة انشقاق على فرويد وطرأت تعديلات على نظريته على يد زملائه وتلاميذه «**الفرويديون الجدد**» . أسس **ألفريد آدلر** Adler (١٨٧٠ - ١٩٣٧) مدرسته المعروفة باسم علم النفس الفردي ، وركز على الصدمات النفسية والمؤثرات الثقافية والاجتماعية، وأدخل مفاهيم مثل أسلوب الحياة وعقدة النقص ، واهتم فى العلاج بالتخلص من عقدة النقص وتعديل أسلوب الحياة . وأسس **كارل يونج** Jung (١٨٧٥ - ١٩٦١) مدرسة علم النفس التحليلي ، وقدم نظرية الطاقة النفسية ، واهتم بالدين والمسائل الروحية ، واستخدام طريقة التداعي الحر وتداعي الكلمات ، وأدخل مفاهيم مثل اللاشعور الشخصي واللاشعور الجمعي والنماذج الأصلية ، وحدد الأنماط النفسية المعروفة « الانبساط والانطواء » واهتمت **كارين هورني** Horney (١٨٨٥ - ١٩٥٢) بالاتجاهات العصابية ، وأهمية تكوين علاقات اجتماعية سليمة فى العلاج واعتباره إعادة تربية وتعلم . وركز **أوتو رانك** Rank على الصدمات النفسية والشخصية العصابية ومفهوم الإرادة وعلاج الإرادة . واهتم **إيريك فروم** Fromm بالخلق الفردي والخلق أو الطابع الاجتماعي ، وقال إن هدف العلاج النفسي هو الوصول إلى المجتمع الصحيح نفسيًا . وركز **هاري ستاك سوليفان** Sullivan على العلاقات الشخصية والاجتماعية وأهمية التطبيع الثقافي وتعديل الوسط الشخصي والاجتماعي وتحقيق الأمن النفسي . وظل التحليل النفسي أقوى تيار فى العلاج النفسي لمدة طويلة .

ونشطت **حركة القياس النفسي** ومن أقطابها ألفريد بينيه Binet ، **وعلم النفس التجريبي** ومن أقطابه فونت Wundt ، **والمدرسة السلوكية** ومن أقطابها واطسون Watson. وفي سنة ١٩٢٤ أجرى أول رسم مخ للإنسان على يد بيرجر Berger (انظر شكل ٥٧) .



شكل (٥٧) رسم المخ

ومنذ **الحرب العالمية الأولى** ظهر سيل ضخم من البحوث التجريبية . والكلينيكية أدت إلى اكتشاف بعض الطرق العلاجية مثل علاج غيبوبة الإنسولين على يد ساكيل Sakel وعلاج الرجفة الكهربائية على يد سيرليتي وبيني Cerletti and Bini وجراحة الفص الجبهي . ونما علم الطب النفسي والعصبي وأصبحت المستشفيات وحدات علاج نشطة أكثر منها أماكن للرعاية .

وجاءت **الحرب العالمية الثانية** ونمت أفكار جديدة مثل العلاج النفسي المختصر والعلاج النفسي الجماعي والتوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني .

وفى **فترة ما بعد الحرب** تطور البحث فى كل الجبهات ، ونمت مفاهيم ونظريات جديدة مثل نظرية الأساس العصبي للسلوك . وزاد اهتمام المشرعين بالمرضى العقليين وأولت الدول المختلفة اهتمامًا خاصًا بهم

الو ضع الحالي :

تطور الحال في السنوات الأخيرة إلى حد كبير وزاد الاهتمام بالصحة النفسية والعلاج النفسي . وظهرت **ثورة العلاج الجسمي** بالصدمات والأدوية والجراحة في علاج الأمراض النفسية والعقلية. ولم يعد العلاج يقتصر على ناحية دون أخرى بل أصبح يشمل النواحي النفسية والطبية والاجتماعية ... إلخ .

وتطورت أساليب العلاج النفسي وتعددت وأصبح معروفًا منها الآن على سبيل المثال العلاج السلوكي على يد إيفان بافلوف Pavlov وآخرون ، وظهر العلاج النفسي المركز حول العميل على يد كارل روجرز Rogers ، ونمت حركة التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني نموًا ملحوظًا . وظهرت طرق علاجية متعددة منها العلاج النفسي التدعيمي ، والعلاج بالعمل ، والعلاج باللعب، والعلاج الاجتماعي، والتأهيل الطبي والنفسي، والاستشارة النفسية، والعلاج بالفن ... إلخ.

وزاد **اهتمام المجتمع والحكومات** بإنشاء المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية ، والعيادات النفسية (الخارجية) .

وتطورت وتوالت **البحوث والدراسات** الطبية والنفسية في الصحة النفسية والعلاج النفسي . وتعددت **المجلات العلمية الدورية** التي تحوي الآلاف من البحوث والدراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي في الوقت الحاضر . ومن أهم المجلات العلمية الدورية في الصحة النفسية والعلاج النفسي في الوقت الحاضر ما يلي : [١]

- Administration in Mental Health .
- American Journal of Insanity .
- American Journal of Psychotherapy.
- Annals of Clinical Research .
- Annual Report on Mental Health : Japan .
- Behavioral Disorders .
- Behavior Modification .
- Behavior Modification Monographs .
- British Journal of Social and Clinical Psychology .
- Bulletin of the British Association of Psychotherapists .
- Canada's Mental Health .

(١) المجلات الخاصة بالطب النفسي ، وطرق العلاج النفسي ، والأمراض النفسية ، وضعت في أماكنها في الفصول التالية .

- Clinical Psychologist .
- Clinical Science .
- Clinical Social Work Journal .
- Cognitive Therapy and Research .
- Community Mental Health Journal .
- Community Mental Health Review .
- Contemporary Issues of Mental Health .
- Current therapeutic Research .
- Etudes Psychotherapiques .
- Indian Journal of Clinical Paychology .
- International Journal of Mental Health .
- Issues in Child Mental Health .
- Journal de Psychologie Normale et Pathologique .
- Journal of Abnormal and Social Psychology .
- Journal of Abnormal Child Psychology .
- Journal of Abnormal Psychology .
- Journal of Behavioral Analysis and Modification .
- Journal of Child Psychotherapy .
- Journal of Clinical Child Psychology .
- Journal of Clinical Experimental Psychopathology .
- Journal of Clinical Psychology .
- Journal of Consulting and Clinical Psychology .
- Journal of Contemporary Psychotherapy .
- Journal of Mental Health .
- Journal of Nervous and Mental Disease .
- Mental Health and Society .

- Mental Health in Australia .
- Mental Hygiene .
- Multivariate Experimental Clinical Research .
- Occupational Mental Health .
- Philippine Journal of Mental Health .
- Praxis Psychotherapie .
- Psychopathologie Africaine .
- Psychotherapy : Theory , Research and Practice .
- Transactional Mental Health Research Newsletter .
- Voices : Journal of The American Academy of Psychotherapists.
- World Mental Health .

تطلعات المستقبل :

تبشر البحوث والدراسات الكثيرة المبتكرة المتقدمة التى تملأ المجلات العلمية الدورية فى الصحة النفسية والعلاج النفسى بمستقبل مشرق وتقدم ملموس .

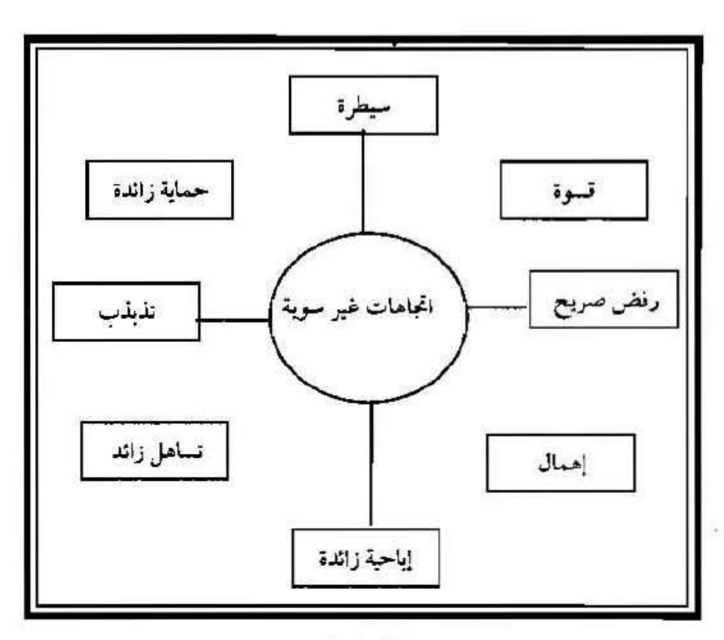
ومن أهم ملامح المستقبل اطرادوظهور نظريات جديدة وطرق علاجية متطورة وأساليب علمية متقدمة ووسائل متينة أكثر تقدمًا .

ومن المتوقع إن شاءالله زيادة التركيز على المنهج التنموى والوقائى أكثر من العلاجى . ومن المتوقع أيضًا أن تصبح العيادات النفسية مراكز دراسة علمية متخصصة . ومن المتوقع كذلك زيادة إمكانات العلاج النفسى بعد أن ظهر فى العيادات النفسية إمكانات الحاسب الآلى وآلات التعليم المبرمج والدوائر التليفزيونية المغلقة ... إلخ .

الفصل الثاني

أسباب الأمراض النفسية

* تعدد وتفاعل الأساب .
* الأسباب الحيوية .
* الأسباب النفسية .
* الأسباب البيئية .



شكل (٥٨)

من أسباب الأمراض النفسية

تعدد وتفاعل الأسباب

لكل شيء سبب ولا شيء يأتي من لا شيء nothing comes from nothing.

ومن المبادىء الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية مبدأ **تعدد وتفاعل الأسباب** . فمن النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد كالوراثة أو صدمة ونقول إنه السبب الوحيد لمرض نفسي بعينه، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها . فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهنًا بسبب واحد .

وتتلخص أسباب الأمراض النفسية في نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة ، **داخلية** في الإنسان (جسمية ونفسية) **وخارجية** في البيئة (مادية واجتماعية) .

تقسيم الأسباب :

وتنقسم أسباب الأمراض النفسية إلى :

الأسباب الأصلية أو المهيئة : وهي الأسباب غير المباشرة التي تمهد لحدوث المرض . وهي التي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض في تربة أعدتها الأسباب الأصلية أو المهيئة . ويلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة متعددة ومختلفة وربما استمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات . ومن أمثلة الأسباب الأصلية أو المهيئة : العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة ، وانهيار الوضع الاجتماعي .

الأسباب المساعدة أو المرسبة : وهي الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي مباشرة والتي تعجل بظهوره . ويلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهيأ للمرض النفسي . أي أن السبب المساعد أو المرسب يكون دائمًا بمثابة « القشة التي قصمت ظهر البعير » أو « الزناد الذي يفجر البارود » أو «القطرة التي يطفح بها الكيل » . والأسباب المساعدة أو المرسبة تندلع في أثرها أعراض المرض ، أي أنها تفجر المرض ولا تخلقه . ومن أمثلة الأسباب المساعدة أو المرسبة : الأزمات والصدمات مثل الأزمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية والمراحل الحرجة في حياة الفرد مثل سن البلوغ وسن القعود وسن الشيخوخة أو عند الزواج أو الإنجاب أو الانتقال من بيئة إلى أخرى أو من نمط حياة إلى نمط حياة آخر .

الأسباب الحيوية (البيولوجية) : وهي في جملتها الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد . ومن أمثلتها: الاضطرابات الفسيولوجية وعيوب الوراثة ونمط البنية أو التكوين وعوامل النقص العضوي ... إلخ .

الأسباب النفسية : وهى أسباب ذات أصل ومنشأ نفسى ، وتتعلق بالنمو النفسى المضطرب خاصة فى الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية . ومن أهم الأسباب النفسية : الصراع والإحباط والحرمان والعدوان وحيل الدفاع (غير التوافقية) والخبرات السيئة والصادمة وعدم النضج النفسى والعادات غير الصحية والإصابة السابقة بالمرض النفسى ... إلخ .

الأسباب البيئية الخارجية : وهى الأسباب التى تحيط بالفرد فى البيئة أو المجال الاجتماعى . ومن أمثلتها اضطراب العوامل الحضارية والثقافية واضطراب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة وفى المدرسة وفى المجتمع ... إلخ .

ويلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة والأسباب المساعدة أو المرسبة تتضافر كى تظهر أعراض المرض ، وأهمها يسمى السبب الرئيسى . ويلاحظ أيضًا أن العلاقة بين أسباب المرض النفسى تكاد تكون علاقة تفاضل وتكامل، فنحن نجد أنه فى حالة وجود أسباب مهيئة قوية يكفى سبب مرسب بسيط حتى يحدث المرض، وكذلك فى حالة وجود أسباب مهيئة ضعيفة يلزم سبب مرسب قوى حتى يحدث المرض . ويلاحظ أيضًا أن السبب أو الأسباب التى قد تؤدى إلى انهيار شخصية فرد قد تؤدى هى نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر ، ونحن نعرف أن « النار التى تذيب الدهن هى نفسها التى تجعل البيض يتجمد » وضغط ثقل معين يتحمله جسم وينهار تحته جسم آخر [(١)] . وهكذا فإننا فى تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسى يجب ألا نبالغ فى مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى بل يجب الاهتمام بكل من الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية المهيىء منها والمرسب . ولا يفوتنا أن ننبه المعالج النفسى إلى أهمية تحديد الأسباب كما يراها المريض نفسه مذكرًا المريض أن « لا شيء يأتى من لا شيء » . ولا شك أن معرفة الأسباب بدقة تساعد فى إزالتها وتجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدًا .

الأسباب الحيوية

الاضطرابات الوراثية :

الوراثة معناها الانتقال الحيوى (البيولوجى) من خلال المورثات (الجينات) من الوالدين إلى الأولاد فى لحظة الحمل . وأهم ما يتأثر بالوراثة التكوينات الجسمية مثل الطول والوزن ولون البشرة ولون الشعر ولون العينين والتكوينات العصبية ومعدل نشاط الغدد ... إلخ . ويختلف الأفراد بعضهم عن بعض بالوراثة من حيث درجة الحساسية والتأثر ودرجة الاحتمال . ويختلفون بالوراثة أيضًا من حيث قوة الدوافع والحيوية والقابلية للتعلم .

---

(١) يقول الشاعر :

بعض الرجال حديد حين يقرعه خطب ، وبعضهم أوهى من الخزف

وتقوم الوراثة بدور ظاهر كسبب مهيىء للأمراض النفسية ولكنها لا تعمل وحدها بل تدعم البيئة أثر الوراثة فى إنتاج المرض . والوراثة ليست قوة مستقلة عن البيئة أو قوة تضاف إليها بل تفاعل معها تؤثر فيها وتتأثر بها ، ومن خلال هذا التفاعل تتكون الشخصية وتتجه إلى الصحة أو إلى المرض . وهكذا يتلخص أثر العامل الوراثى فى أنه يزود الفرد باستعداد قد تظهره البيئة أو تعوقه عن الظهور . والذى يورث ليس المرض بل استعداد يهيىء للمرض فى ظروف ترسب هذا المرض .

وهناك بعض الأمراض التى يركز العلماء على أثر الوراثة فيها وهى عمى الألوان وخوريا هنتينجتون والعته العائلى الكامن . وهناك بعض الأمراض النفسية التي يحتمل أن يكون للوراثة دور فيها وهى الفصام وذهان الهوس والاكتئاب والضعف العقلى والصرع (ماستر Master ، ١٩٦٧) .

ومن أهم الأسباب الوراثية للمرض النفسى : التشوهات الخلقية الوراثية ، واضطراب درجة الحساسية الوراثى ، واضطراب درجة الاحتمال ، واضطراب قوة الدوافع ، واضطراب الحيوية ، وضعف القابلية للتعلم .

الاضطرابات الفسيولوجية :

قد تغلب الأسباب الفسيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشراً ، وبذلك يسمى الاضطراب النفسى فسيولوجى أو عضوى المنشأ .

ومن أهم الأسباب الفسيولوجية ما يلى :

١ - **خلل أجهزة الجسم** : مثل اضطراب وظائف الاستقبال الحسى (الحواس) ، وخلل الجهاز العصبى المركزى ، وخلل الجهاز العصبى الذاتى ، وخلل الجهازالدورى ، وخلل الجهاز التنفسى ، وخلل الجهاز الهضمى ، وخلل الجهاز البولى والتناسلى ، وخلل الجهاز المعضلى والهيكلى .

٢ - **التغير الفسيولوجى : فى مراحل النمو المختلفة ، وأهم مظاهره :**

* **البلوغ الجنسى** : سوء التوافق مع الجنس الآخر ، نقص فى المعلومات الجنسية ، وجهل الوالدين وإعراضهم عن مناقشة هذه المعلومات بذكاءوموضوعية ، صدمة أو أنزعاج أو قلق أو مخاوف ، فقدان التوازن بين مظاهر النمو الجسمى والفسيولوجى والعقلى والاجتماعى ، البلوغ المبكر الذى يصاحبه الشعور بالخجل أو الذنب ، البلوغ المتأخر الذى يصاحبه الشعور بالعجز والنقص ، اضطرابات الدافع الجنسى ، الاتجاهات الخاطئة نحو الغريزة الجنسية والأفكار الخاطئة وعدم الفهم الواضح للدافع الجنسى ، عدم ضبط الدافع الجنسى أو سوء توجيهه ، نقص التربية الجنسية .

* **الزواج (أو الحالة الزواجية)** : العنوسة وتأخر الزواج ، والحرمان الجنسى رغم الزواج ، وعدم الإشباع النفسى الجنسى ، وعدم الشعور بالأمن والأهمية والتقدير والعطف ، والجوع الاجتماعى، وعدم إشباع دافع الوالدية (العقم) ، والانفصال والطلاق والترمل .

* **الحمل والولادة** : التوتر النفسى المصاحب للحمل والولادة ، الحمل غير المرغوب فيه ، الحمل غير الطبيعى ، التسمم أثناء الحمل ، العدوى أثناء الحمل ، الإرهاق الجسمى والنفسى أثناء الحمل ، القلق والانفعال أثناء الحمل ، الولادة العسرة ، الرضاعة الصناعية ، جهل الأم بأساليب الرضاعة ، الفطام المبكر أو المبتور .

* **سن القعود** : الاستجابة المتطرفة للتغيرات الفسيولوجية المصاحبة ، الجهل بأسباب وطبيعة هذه التغيرات (قلق - اكتئاب - شعور بالنقص - محاولة الانتحار) .

* **الشيخوخة** : فقدان الدقة الحسية (فى السمع والبصر) ، ضعف الحركة ، الضعف الجسمى ونقص الحيوية ، الشعوربالشك ، الشعور بالحرمان والنقص ، الشعور بقرب النهاية ، التدهور النفسى، الملل ، سوء التوافق مع الجديد .

اضطرابات البنية (التكوين) Physique

يقصد بالبنية البناء الحيوى (البيولوجى) للفرد . وهى عبارة عن المعادلة النفسية الجسمية للتنظيم الفردى . وتشمل الخصائص الفطرية للفرد وخبراته البيئية المبكرة (قبل الولادة وأثناءها وبعدها مباشرة) . وتتأثر البنية أو التكوين بالوراثة وتعدل عن طريق المؤثرات البيئية فى مسار النمو . وبالطبع لا ينفرد التكوين فى تسبيب المرض النفسى بل يشترك مع غيره من العوامل المسببة المهيئة والمرسبة .

وفيما يلى الأسباب التكوينية الأساسية :

اضطراب النمط الجسمى : من الشائع أن النمط الجسمى يرتبط بالمزاج الذى يكون أساس الشخصية فى الصحة والمرض . ويلاحظ أن معرفة النمط والتكوين الجسمى مفيد فى تشخيص المرض وفى توجيه المريض وفى أنواع كثيرة من العلاج الطبيعى والرياضى والاجتماعى (انظر جدول١) (وللتفصيل انظر حامد زهران Zahran ، ١٩٦٦) .

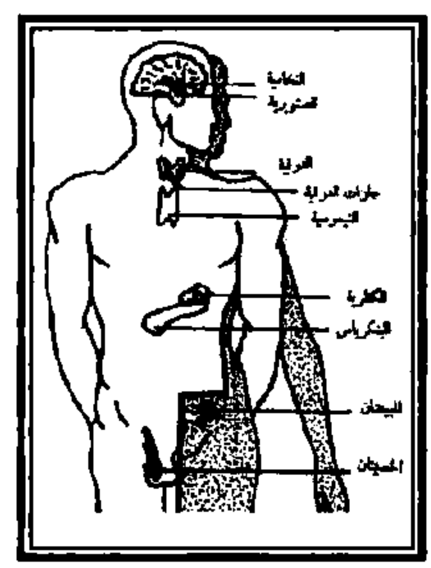
اضطراب المزاج : المزاج Temperament هو التكوين الموروث فى الشخصية والذى يستمر طول الحياة . وهو يشير إلى خواص الشخص العاطفية التى يتسم بها سلوكه . ويعتقد أن بعض أنماط المزاج تجعل الفرد أكثر ميلا إلى الحساسية الزائدة مما قد يحد من قدرته على تحمل الضغوط ويهيئه لأن يتجه نحو المرض النفسى . وعلى سبيل المثال نجد الشخص النوابى (الذى يتغير مزاجه كثيراً) يكون عرضة للذهان الانفعالى ، والشخص السوداوى (الذى يميل إلى الكمال المنكب على العمل الذى يتحمل المسئولية أكثر من اللازم والذى يكبت بسهولة) يكون عرضة لمرض الهذاء أو البارانويا، والشخص الفصامى (الضعيف المضطرب اجتماعيًا ضعيف الاستجابة) يكون عرضة للفصام .

جدول (٢) نمط الجسم

	نمط الجسم: حسب كريتشمر (+) وشيلدون (*)		
	البدين (المكتنز) * الحشوى أو داخلى التركيب (إندومورفى)	الرياضى (القوى) * العضلى أو متوسط التركيب (ميزومورفى)	النحيف (الواهن) * الجلدي أو خارجي التركيب (إكتومورفى)
الطبقة الجنينية السائدة	الطبقة الداخلية (إندوديرم) (حشوى)	الطبقة الوسطى (ميزوديرم) (عضلى هيكلى)	الطبقة الخارجية (إكتوديرم) (الأعصاب وأعضاء الحس)
البنية	قصير، غليظ، ممتلىء، مستدير	متوسط الطول، قوى، متناسق الجسم، مفتول العضلات	طويل، هزيل، رفيع
المزاج (الصفات النفسية)	الحشوى الأساسى (الميل إلى الراحة والاسترخاء والنوم والمحبة والمرح والاهتمام بالأكل والروح الاجتماعية[1] وسهولة الانقياد والخضوع والأخذ أكثر من العطاء)	الجسمى الأساسى (الميل إلى إثبات الذات والعمل والنشاط والحركة والسيطرة والعدوان والجرأة وحب المخاطرة وعدم المبالاة بمشاعر الآخرين)	المخى الأساسى (الميل إلى التوتر والتيقظ والحساسية والنشاط وضعف العلاقات الاجتماعية)
المرض النفسى المحتمل	الهستيريا ذهان الهوس والاكتئاب	ذهان الهوس والاكتئاب	القلق الضعف العصبى الاكتئاب الفصام
أشكال إيضاحية	شكل (٥٩)	شكل (٦٠)	شكل (٦١)

(١) يقول الشاعر: لئن ناء من سمن جسمه فما عرفت روحه ما السمن

اضطراب الغدد: جهاز الغدد له أهمية كبيرة فى تنظيم النمو ووظائف الجسم. وللغدد وإفرازاتها (الهورمونات) تأثيرها الواضح فى عملية النمو (فيلمور سانفورد Sanford ، ١٩٦٢). والغدد بنوعيها القنوية واللاقنوية (الصماء) والتوازن فى إفرازاتها يجعل من الفرد شخصًا سليمًا نشطًا ويؤثر تأثيرًا حسنًا على جهازه العصبى وعلى سلوكه بصفة عامة . وتؤدى اضطرابات الغدد إلى المرض النفسى وردود الفعل السلوكية المرضية .



شكل (٦٢) الغدد المؤثرة فى النمو

كذلك يزيد اضطرابات الغدد فى حدة السمات النفسية العادية للفرد . وبصفة عامة فإن اضطرابات الغدد تحدث اضطرابًا حيويًا وتشوهًا جسميًا مما يسبب الاضطرابات النفسية مثل شعور الفرد بالنقص والإحباط وعدم الأمن والشعور بالذات وتكوين مفهوم الذات السالب ، وينشط حيل الدفاع النفسى ، ويسبب سوء التوافق النفسى والاجتماعى واضطراب الشخصية (انظر شكل ٦٢) .

ويوضح جدول (٣) الغدد الصماء الأساسية ومواقعها ووظائفها والاضطرابات التى يسببها اختلال هذه الوظائف .

العوامل العضوية :

يعتقد بعض الباحثين أن بعض الأمراض النفسية تحدث بسبب عوامل عضوية مثل التغيرات الفيزيائية أو الكيميائية التى تكفى لإحداث اضطراب عضوى وبالتالى تفسح المجال لردود أفعال مرضية .

وفيما يلى أهم العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية :

الأمراض : الأمراض المعدية (مثل الزهرى والإصابة المباشرة للمخ)، والأمراض الحادة المزمنة (مثل أمراض القلب والسل والسرطان والسكر) ، والحمى الشديدة الطويلة (مثل التيفود والملاريا والحمى الشوكية) ، وأمراض المخ العضوية ، والتهاب الدماغ والسحايا ، وأمراض الجهاز العصبى الأخرى ، والسموم والصدمات والإصابات ونقص الأوكسيجين وفقر الدم .

التسمم : قد يكون خارجيًا (نتيجة إدمان العقاقير والمخدرات والمهدئات كالمورفين والكوكايين والأفيون والحشيش والبروميد والباربيتورات أو نتيجة الغاز مثل أول أوكسيد الكربون أو التسمم بالكحول) . وقد يكون داخليًا (مثل التسمم البولى والتسمم الكبدى والغيبوبة السكرية أو وجود بؤرات ميكروبية سامة فى الجسم) .

الإصابات : إصابة الجهاز العصبي وإصابات الرأس وحدوث تلف في المخ مثل التزيف أو تلف الخلايا ، وإصابات الجسم في حادث مثلا ، وبعض العمليات الجراحية .

العاهات والعيوب والتشوهات الجسمية : ومنها ما هو خلقي أو ولادي أو مرضي أو نتيجة تسمم أو إصابة ، ومن أمثلتها العمى والصمم والكساح وتشوهات الحريق والأمراض الجلدية والقيود الجسمية وتشوه صورة الجسم .

جدول (٣)

الغدد الصماء ومواقعها ووظائفها واضطراباتها

الغدة	موقعها	وظيفتها	اضطراباتها
النخامية	- تحت سطح المخ (ولها فصان أمامي وخلفي).	- تعتبر همزة الوصل بين جهاز الغدد والجهاز العصبي. - تسيطر على نشاط الغدد الأخرى كالكظر والدرقية والتناسلية. - تتحكم في النمو (الفص الأمامي) . - تؤثر على ضغط الدم وتنظيم الماء (الفص الخلفي) .	- نقص الإفراز يسبب تأخر النمو بصفة عامة . - زيادة الإفراز يسبب العملقة والضخامة .
الصنوبرية	- تحت سطح المخ عند قاعدته.	- غير معروفة.	- زيادة إفرازها يسبب اضطراب النمو والنشاط الجنسي .
الدرقية	- في العنق أمام القصبة الهوائية ولها فصان جانبيان وجزء متوسط بينهما.	- تنظيم عملية الأيض بصفة عامة.	- نقص الإفراز في الطفولة يسبب حالة من الضعف العقلي (القماءة أو القصاع) وفي الكبر يسبب المكسيديما (تأخر عام في النمو الجسمي والعقلي). - زيادة الإفراز تسبب زيادة الأيض (تمثيل الغذاء) والجويتر (تضخم الغدة الدرقية).

الغدة	موقعها	وظيفتها	اضطراباتها
جارات الدرقية	- أربع غدد على سطح الغدة الدرقية ، اثنان بكل جانب .	- تنظيم أيض الكالسيوم والفوسفور .	- نقص الإفراز يسبب الكزاز أو التيتانوس (تقلص العضل) والموت . - زيادة الإفراز يسبب الجويتر (تضخم الغدة الدرقية) ويسبب هشاشة وتشوه العظام .
التيموسية	- في التجويف الصدري .	- كف النمو الجنسي (وتضمر عند البلوغ) .	- نقص الإفراز يسبب البكور الجنسي.
الكظرية	- زوج فوق الكليتين (ويتكون من جزأين القشرة واللب) .	- تنظيم أيض الصوديوم والماء (القشرة) . - تؤثر في الغدد والأعضاء التناسلية (القشرة) . - تؤثر في الجهاز العصبي الذاتي (اللب) .	- نقص إفراز القشرة يسبب مرض أديسون . - زيادة إفراز القشرة يسبب زيادة وإسراع النمو الجنسي .
جزر لانجرهانز	- في البنكرياس .	- أيض الكربوهايدرات .	- نقص الإفراز يسبب مرض السكر.
التناسلية	- المبيضان في حوض الأنثى . والخصيتان في الصفن وراء قضيب الذكر .	- النمو (عن طريق إفراز الهورمونات الجنسية) . - التكاثر (عن طريق البويضات عند الأنثى والحيوانات المنوية عند الذكر) .	- نقص الإفراز يسبب نقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية وقد يسبب العنة (الضعف الجنسي) والعقم . - زيادة الإفراز بسبب البكور الجنسي. - ويصاحب كلا من زيادة الإفراز ونقصه اضطرابات نفسية كثيرة.

أسباب حيوية أخرى :

هناك عدد آخر من الأسباب الحيوية نذكر منها :

مراحل السن الحرجة : أي الحساسة ، وبعضها تكون فترات أنسب لتعلم الخبرات المناسبة في الوقت المناسب بحيث تؤدي إلى النمو والتوافق والصحة النفسية ، وإذا لم يتلق الفرد الخبرات المناسبة في الوقت المناسب ، فإن ذلك يعوق النمو ويؤدي إلى سوء التوافق والاضطراب النفسي . وفي نفس الوقت ففي مراحل السن الحرجة (الحساسة) قد يتعرض الفرد لخبرات سالبة تعوق نموه

وتؤدى إلى سوء التوافق والاضطراب النفسى . ومن أمثلة ذلك فى الطفولة (الخبرات النفسية الصادمة الأليمة) ، وعند البلوغ فى المراهقة (عدم التوازن فى نمو النواحى المختلفة من الشخصية جسميًا وفسيولوجيًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا وجنسيًا)، وفى سن القعود (نقص القوى الجنسية وبدء تدهور القوى الجسمية والعقلية والشعور بالإحباط وعدم الأهمية) ، وفى الشيخوخة (العجز والاعتماد الكامل على الآخرين وتصلب شرايين المخ وتدهور وظائف المخ العليا والشعور بعدم النفع والشعور بالفراغ والعزلة) .

ظروف العمل القاسية : مثل الإجهاد فى العمل ، وما يصاحب ذلك من إرهاق وضغوط وتوتر وإنهاك ونقص عام فى القدرة التوافقية للجسم ، والتعرض لدرجات الحرارة العالية كما يحدث عند طول مدة العمل أمام الأفران الكبيرة والعالية وشدة حرارة الجو وضربة الشمس .

الأسباب النفسية

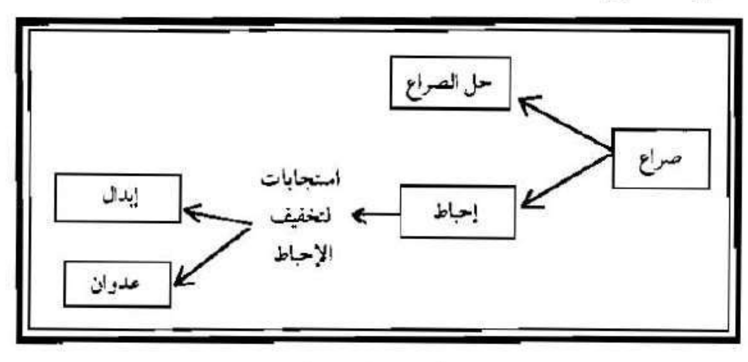
① الصراع : Conflict

الصراع هو العمل المتزامن أو المتواقت للدوافع أو الرغبات المتعارضة أو المتبادلة ، وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما فى وقت واحد ، ويؤدى إلى التوتر الانفعالى والقلق واضطراب الشخصية.

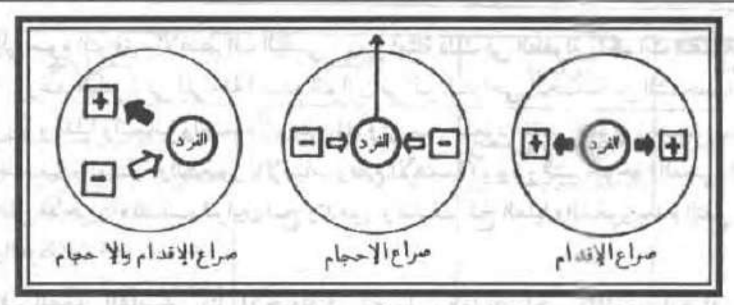
والصراع هو أهم الأسباب النفسية المسئولة عن المرض النفسى . فالشخصية التى يهددها الصراع يهددها القلق وتكون فريسة للمرض النفسى .

ويتضح الصراع فى : تجنب الواقع (ضد) مواجهة الواقع ، والاعتماد على الغير (ضد) الاعتماد على النفس وتوجيه الذات ، والإحجام والخوف (ضد) الإقدام والشجاعة ، والحب (ضد) الكره ... إلخ .

ومن أنواع الصراع : (انظر أشكال من ٦٣ إلى ٦٧) .



شكل (٦٣) الصراع والإحباط



شكل (٦٤) أنواع الصراع



شكل (٦٥) صراع الإقدام



شكل (٦٦) صراع الإحجام



شكل (٦٧) صراع الإقدام والإحجام

* **صراع الإقدام** : approach - approach conflict

وهو صراع الرغبة أو الاقتراب . وينشأعن وجود موقفين جذابين والإقدام على أحدهما يتضمن الإحجام عن الآخر . مثال : فتاة تختار بين الزواج أو العمل ، ومستمع يختار بين برنامجين إذاعيين مرغوبين في وقت واحد . (١)

(١) يقول المثل العربي : يبغى الشحم واللحم .

* **صراع الإحجام** : avoidance - avoidance conflict

وهو صراع الرهبة أو الاجتناب . وينشأعن وجود موقفين منفرين والإحجام عن أحدهما يتضمن الإقدام على الآخر . مثال : جندى بين نارى خوض المعركة والمحاكمة لو فر من الميدان ، وموظف بين نارى الاختلاس أو الإفلاس (بين نارين) [١] .

* **صراع الإقدام والإحجام** : approach - avoidauce conflict

وهو صراع الرغبة والرهبة أو الاقتراب والاجتناب . وينشأ عن وجود موقف لـه جانبان أحدهما جذاب والآخر منفر . مثال : رجل يريد الزواج من حسناء سمعتها سيئة ، ورياضى أمام فوز يحفه التعرض للخطر (عين فى الجنة وعين فى النار) [٢]

* **صراعات أخرى** : الصراع بين الأنا والهو ، والصراع بين الأنا والأنا الأعلى ، والصراع بين الهو والأنا الأعلى ، والصراع بين الدوافع والضوابط ، والصراع بين المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية، والصراع بين الحاجات الشخصية والواقع ، والصراع بين الرغبة الجنسية وموانع الإشباع الجنسى ، وصراع القيم ، وصراع الأدوار الاجتماعية ، والصراع الداخلى ، والصراع بين الطبقات ، والصراع الثقافى بين الأجيال ، والصراع مع السلطة ... إلخ .

ويحدث الصراع شعوريًا ، وذلك سهل الاكتشاف ، أو من اللاشعور دون وعى الفرد ودون إرادته وذلك صعب الاكتشاف . ولابد من حل الصراع [٣] . ولكى يحل الفرد الصراع قد تلجأ الشخصية إلى حيل الدفاع النفسى . وإذا أخفق الحل وزاد الصراع فقد يرتكز على أتفه الأسباب ليظهر المرض المرضى .

ⓒ الإحباط : Frustration

الإحباط حالة تعاق فيها الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد ، أو اعتقاد الفرد أن تحقيق هذه الرغبات والحوافز أو المصالح صار مستحيلا . وبمعنى آخر فإن الإحباط هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العائق مستقبلا . هذا وتختلف الاستجابة للإحباط من شخص لآخر (انظر شكل ٦٨ ، ٦٩) .

ويمكن تقسيم الإحباط إلى :

---

(١) يقول الشاعر :

وقال أصيحابى الفرار أوالردى   فقلت هما أمران احلاهما مر

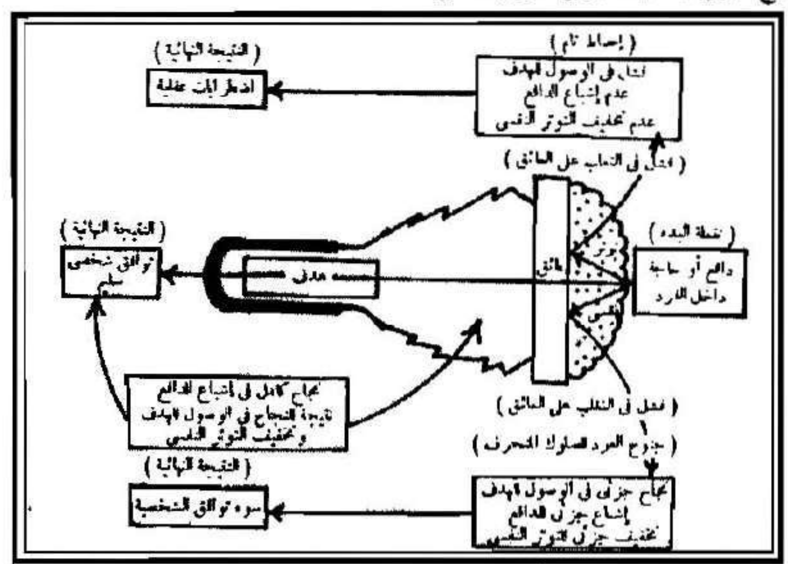
(٢) يقول الشاعر :

أنا والله أشتهى سحر عينيك   وأخشى مصارع العشاق

(٣) يقول الشاعر :

وإذا تشاجر فى فؤادك مرة   أمران فاعمد للأعف الأجمل

* **الإحباط الداخلى (الشخصى)** : وينبع من صفات الفرد الداخلية مثل وجود أمراض أو عاهات ، أو ضعف الثقة فى الذات .
* **الإحباط الخارجى (البيئى)** : وينبع من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد مثل الفقر أو الموانع البيئية الأخرى.
* **الإحباط التام** : وينتج عن وجود عائق منيع يحول دون الوصول إلى الهدف وعدم إشباع الدافع وحدوث التوتر النفسى .
* **الإحباط الجزئى** : وينتج عن وجود عائق يحول دون الإشباع الكامل للدوافع ويؤدى فقط إلى إشباع جزئى وتخفيف جزئى للتوتر النفسى .

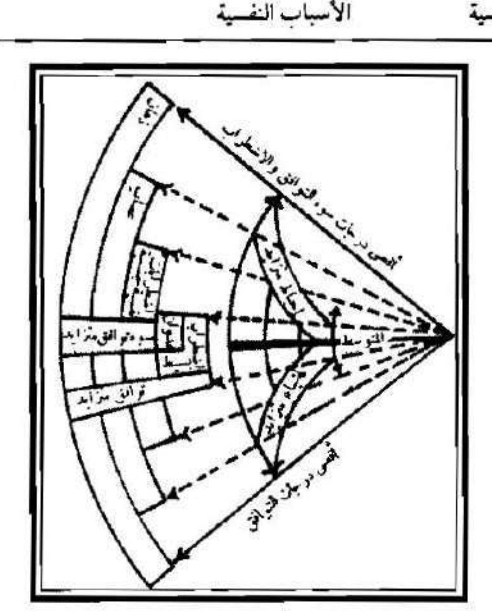


شكل (٦٨) الإحباط وطرق الاستجابة له

ومن أمثلة الإحباط: إعاقة الرغبات الأساسية،واستحالة تحقيق الرغبات،والشعور بخيبة الأمل، والخسارة المالية ، والرسوب ، والفشل ، والإحباط الجنسى ، والنمو الجسمى المتأخر ، والقيود الشديدة من جانب الوالدين ، والشعور بالعجز التام والخبرات المعوقة ، وتدخل الآخرين وعدم تشجيعهم ، واستحالة تحقيق مستوى الطموح المرتفع أو المثالى الذى لا يتناسب مع قدرات الفرد ... إلخ [١] .

وعلى العموم فإن الإحباط المستمر أو الشديد يؤدى إلى شعور الشخص بخيبة الأمل فيما يريد تحقيقه من أهداف وذلك لوجود عائق أو ظروف قاهرة أكبر من إرادته وإمكاناته ويقهر محاولاته للتغلب على العائق سعيا للوصول إلى أهدافه ويؤدى إلى تحقير الذات والقلق .

(١) « المثالية - الإحباط - الانحراف » ترتيب يميز الكثير من مظاهر سوء التوافق - احترس .



شكل (٦٩) إحباط وإشباع الدوافع والحاجات

③ الحرمان :

الحرمان هو انعدام الفرصة لتحقيق الدافع أو إشباع الحاجة أو انتفاؤها بعد وجودها .

ومن **أمثلة** الحرمان : الحرمان الحيوى (البيولوجى) ، والحرمان النفسى المبكر ، والحرمان البيئى العام ، وعدم إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الحشوية ، والحسية ، والإنفعالية ، والنفسية ، والاجتماعية والجنسية ، والحرمان من دافع الوالدية ، والحرمان من حب وعطف وحنان ورعاية الوالدين ... إلخ .

④ إخفاق حيل الدفاع النفسى :

يؤدى إخفاق حيل الدفاع النفسى التى هى وسائل وأساليب لا شعورية هدفها تجنيب الفرد حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات والحرمانات ، ويحتفظ بثقته واحترام ذاته، يؤدى هذا إلى عدم تحقيق الهدف وهو تجنب التوتر والقلق . وفى حالة اللجوء إلى حيل الدفاع غير السوية العنيفة.مثل النكوص والعدوان والإسقاط والتحويل ، فإن سلوك الفرد يظهر مرضيًا .

ومن **أمثلة** ذلك : إخفاق الكبت ، واستحالة الإعلاء ، والترميز (فالصورة الرمزية لا تشبع ولا تصلح كبديل للأصل) ، والتعويض الزائد عن الحاجات التوافقية للفرد أو الذى لا يقبله المجتمع ، والإسقاط الزائد ، والتفكك ، والاستغراق فى التخيل الذى يبعد الفرد عن الواقع ، والنكوص الذى يؤدى إلى التراجع أمام مشكلات الحياة والهروب منها .

⑤ الخبرات السيئة أو الصادمة :

الخبرة الصادمة موقف يحرك العوامل الساكنة ويستفز ما لدى الفرد من عقد وانفعالات ودوافع مكبوتة . ويقال إن كل مرض نفسى هو مأساة كتبت فكرتها فى الطفولة بيد الوالدين ، ثم يقوم الفرد الضحية بتمثيلها فى عهد الكبر (أحمد عزت راجح ، ١٩٦٥) . إن الخبرات الصادمة الأليمة فى الطفولة تؤدى إلى الحساسية النفسية [1] لمواقف الإحباط والنقد فيستجيب الفرد لها استجابات شاذة. وكلما كانت الخبرة الصادمة عنيفة كان تأثيرها فى إحداث المرض شديداً ، ولكن تأثير الخبرة الصادمة يتوقف على معناها بالنسبة للفرد وتفسيره لها على أساس مستوى نضجه وعلى أساس مشاعره الداخلية وعلى أساس الطريقة التى يعالج بها الأشخاص المحيطون به هذه الخبرة . وتؤكد مدرسة التحليل النفسى التأثير السيء لخبرات الطفولة الأليمة فى بناء الشخصية واضطرابها فيما بعد. وعلى العموم يمكن القول إن صدمة واحدة قد لا تؤثر فى بناء الشخصية ، ولكن تكرار الصدمات يصدعه والانفجار ينسفه .

ومن **أمثلة** الخبرات السيئة أو الصادمة التى تسبب الاضطراب النفسى : موت والد أو أخ، عملية جراحية حادثة أو مرض شديد ، انفصال مفاجيء أو مستمر عن الوالدين ، الإحباط المستديم أو الشديد، الحرمان من الحاجات الجسمية الأساسية ، الخبرات الجنسية الصادمة ذات الدلالة الانفعالية ، خيبة وتحطيم الآمال ، جرح الكبرياء ، الأزمات الاقتصادية ، المشكلات الاجتماعية ، مجابهة حالات غير عادية ... إلخ . كذلك فإن الخبرات التى يمر بها الشخص أو الشعب كالحرب ترسب بعض الأمراض النفسية .

⑥ العادات غير الصحية :

لاشك أن التكوين الخاطىء أو غير الصحى للعادات السلوكية يلعب دورا هاما فى إنتاج الشخصية غير السوية والمرض النفسى .

ومن **أمثلة** العادات غير الصحية : العادات الجسمية غير الصحية (كما في المشى والكلام) ، وسوء العادات الاجتماعية (مثل ضعف الضمير وعدم تحمل المسئولية الاجتماعية) ، وسوء العادات العقلية المعرفية (مثل نقص المعرفة بالمبادىء العلمية الأولية) وضعف سلطان الإرادة والاختيار (مثل الأنماط غير الصحية لردود الأفعال للانفعالات) وسوء العادات الانفعالية (مثل الحزن على ما فات والخوف من المستقبل) [2] وسوء العادات الدينية والأخلاقية ... إلخ .

(١) تجنب الحساسية النفسية ، فالجو النفسى مليء بمثيرات وأسباب الاضطراب .

(٢) اسمع قول الشاعر :

ما مضى فات والمؤمل غيب ولك الساعة التى أنت فيها

⑦ الإصابة السابقة بالمرض النفسى :

إن الإصابة السابقة بالمرض النفسى تترك المريض بعد شفائه منها عرضة للنكسة أو الإصابة مرة أخرى إلا إذا عولج علاجا طويلا هادفًا وقائيًا شاملاً .

أسباب نفسية أخرى :

يضاف إلى ما سبق أسباب نفسية أخرى منها :

التناقض الوجدانى : مثل الحب والكراهية ، والشعور بالأمن والشعور بالقلق ، والتحرر النفسى والشعور بالذنب.

الضغوط النفسية : بسبب المنافسة ومطالب التربية والتعليم والمطالب المهنية ومطالب الزواج ومطالب المدنية المتغيرة المعقدة ومتاعب الحياة المتلاحقة [1] .

الإعداد غير الكافى للمراهقة أو الرشد أوالشيخوخة (جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا) .

الإطار المرجعى الخاطىء : بخصوص الحقيقة والقيم والأفكار الخرافية .

مفهوم الذات السالب: حيث وجد المؤلف أن مفهوم الذات السالب يوضح أن الفرد يعانى من الانعصاب والتوتر والفشل وسوء التوافق النفسى وعدم الثبات الانفعالى والسرية والانسحاب والحساسية وصعوبة إقامة الصداقات وعدم توافق الشخصية وسوء التوافق الانفعالى والرغبة فى تحسين الوضع الراهن والقلق (حامد زهران Zahran ، ١٩٦٦ ، ١٩٦٧) .

الأسباب البيئية

① عوامل البيئة الاجتماعية :

من هذه العوامل ما يلى :

* **ضغوط البيئة الاجتماعية** : تؤثر عوامل البيئة والوسط الاجتماعى الذى يتحرك فيه الفرد فى تشكيل ونمو شخصيته وتحديد حيل دفاعه النفسى عن طريق نوع التربية والضغوط والمطالب التى تسود فى البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها . وإذا فشل الفرد فى مقابلة هذه الضغوط وتلك المطالب وخاصة إذا زاد ما بينها من تناقضات ساء توافقه النفسى (الشخصى والاجتماعى) وأدى ذلك إلى المرض النفسى . وتحدد البيئة التى تربى فيها الفرد والمؤثرات التى خضعَ لها منذ طفولته سمات شخصيته سواء كانت سوية أو لا سوية وتدل بعض الدراسات على أن نسبة المرض النفسى تتفاوت حسب البيئة الفقيرة أو الغنية والحضرية أو الريفية (انظر سيد الطوخى ، ١٩٧٣).

* **جموح التغير الاجتماعى** . Uncontrolled Social Change

كان التغير الاجتماعى فيما مضى بطيئًا إذا ما قورن بالتغير السريع الحادث الآن والأسرع الذى سيحدث فى المستقبل والذى قد تصل سرعته إلى « التهور » مما قد يظهر المجتمع فى شكل

---

(١) خفف حمولتك من المتاعب واجعل لديك متسعًا للطوارىء حتى لا تنوء بأخفها .

«مجتمع مهووس» manic society . وقد تصبح سرعة التغيير الاجتماعي الجامح صادمة تؤدى إلى ما يسمى «صدمة المستقبل» future shock مسببة للاضطراب النفسي وربما مدمرة ، عندما لا يستطيع الناس استيعاب نتائج التغير السريع ، وعندما يتناول التغيير القيم الأساسية ، وعندما يصبح خط سير التغير (إلى أين) غير واضح ، وعندما ينفلت عيار الضبط الاجتماعي social control ولا يقوى على كبح جماح تهور التغير الاجتماعي .

ج العوامل الحضارية والثقافية :

تمثل العوامل الحضارية والاتجاهات الثقافية عوامل هامة في إنتاج المرض النفسي . وتدل بعض الشواهد على أن بعض الأمراض النفسية تميل إلى الانتشار في المجتمعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية .

ومن أمثلة ذلك :

* **الثقافة المريضة** : التي تسود فيها عوامل الهدم مما يولد الإحباط ، والتعقيد الثقافي ، وعدم التوافق بين الفرد والثقافة التي يعيش فيها وعدم تطابق شخصيته مع النمط الثقافي وعدم تطابق سلوكه مع الأوضاع الثقافية المتغيرة ، وعدم إمكان الفرد مجاراة المستوى الثقافي السائد والاتجاهات الجديدة .
* **التطور الحضرى السريع** : وعدم توافر القدرة النفسية على التوافق معه ، وعدم التوافق مع الحياة الصناعية المعقدة المتغيرة ، وعدم التوافق مع عصر السرعة الذى يحول دون التأمل والاسترخاء والاستجمام والاستمتاع ، وتعقيد القوانين والخوف من الوقوع تحت طائلتها ، وزيادة المسئوليات الاجتماعية وعدم القدرة على تحملها .
* **التصادم بين الثقافات** : حيث يشاهد بعض التناقض بين الثقافات الشرقية والغربية وبين ثقافات الدول المتقدمة والدول النامية وبين القديم والجديد في الثقافة الواحدة . ونحن نشاهد تناقضات سلوكية تثقل كاهل الفرد حين تتجاذبه الثقافات المتناقضة والمتصارعة وحين يحار بين الشرقي والغربي وبين القديم والجديد .

د اضطراب التنشئة الاجتماعية :

إن عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم وتعليم وتربية تؤدى إلى تشكيل السلوك الاجتماعي وإدخال ثقافة المجتمع في بناء شخصيته وتحوله من كائن حيوى (بيولوجى) إلى كائن اجتماعي وتكسبه صفة الإنسانية . (انظر حامد زهران ، ١٩٨٤) .

ومن الممكن أن يصبح أى شيء يعوق عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي والاندماج الاجتماعي مصدراً للضغط والاضطراب النفسي . ولا شك أن التنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق إحباطات وتوترات لدى الفرد .

ومن أمثلة ذلك :

١ - الاضطرابات فى الأسرة :

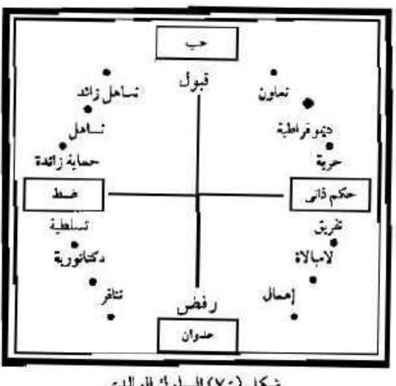
الوالدان : الزواج غير السعيد والخلافات بين الوالدين ، والخيانات الزوجية ، وعدم التكافؤ بين الزوجين اقتصاديًا أو ثقافيًا أو اجتماعيًا أو فكريًا أو دينيًا ، والهجران ، والانفصال والطلاق ، والوالدان العصابيان ، ومشكلات تنظيم النسل ، والعجز عن إنجاب الأطفال ، وكون الوالدين نموذجًا سيئًا للطفل ، والمثالية وارتفاع مستوى الطموح ، والأم العاملة وقلة عنايتها بالأطفال والأسرة ، وتدخل أهل الزوج أو أهل الزوجة .

الطفل : الاسم الذي لا يقبله الفرد أويشعر أنه سبة ويرغب فى تغييره [1] (إجلال سرى ، ١٩٨٦) ، والدين إذا أدرك أن فيه القسوة والتهديد والوعيد ، واللغة والطرق غير السليمة فى تعليمها كما يحدث فى التعليم بلغات أجنبية وإهمال اللغة القومية .

الوالدان والطفل : الاتجاه السالب نحو الطفل وعدم الرغبة فيه وكرهه قبل مجيئه ، والاتجاه السالب نحو جنس الطفل (رغبة الوالدين فى ذكر بدل أنثى أو أنثى بدل ذكر) ، والرفض أو الإهمال ونقص الرعاية والحماية الزائدة (التدليل والتسلط والسيطرة) ، وشدة التعلق بالوالدين والاعتماد عليهما ، واضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل ، وعدم الثبات فى معاملة الطفل ، ومشكلات النظام والتضارب فى الطرق المتبعة ، والمغالاة فى المستويات الخلقية المطلوبة ، وفرض النظم الجامدة (أو النقد) ، وفرض القيود الشديدة على سلوك الطفل ، وفرض العزلة على الطفل ، والتدريب الخاطيء على عملية الإخراج قبل أن يكون الطفل مستعداً لها جسميًا وانفعاليًا ، وأخطاء التربية الجنسية ، والارتباط الانفعالى بالوالدين من الجنس الآخر (عقدة أوديب أو عقدة إليكترا) ، ومشاهدة أو ملاحظة المواقف الجنسية بين الوالدين أو رؤية أجسام الوالدين وهما عرايا (راجع جدول١ص ١٧) .

الطفل والإخوة : ميلاد طفل جديد فى الأسرة والخطأ فى تحويل كل الحب والعطف والاهتمام نحوه وترك الآخرين (عقدة قابيل) ، واضطراب العلاقة بين الإخوة ، والغيرة بين الإخوة، وشعور الطفل بالاختلاف عن غيره فى المعاملة .

الطفل والأسرة : التغير فى تجمع الأسرة ، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى الضعيف وانحراف معايير الأسرة عن المعايير الاجتماعية، وعدم استقرار الأسرة وزيادة حركتها جريًا وراء لقمة العيش .



شكل (٧٠) السلوك الوالدى

عام : الأعمال المنزلية الشاقة ، والاعتماد الزائد عن الحد على الغير (الاتكالية) ، والعدوان . (انظر شكل ٧٠) .

---

(١) من حق الوليد على والديه أن يسمياه اسمًا حسنًا . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « إنكم تدعون يوم القيامة بأسمائكم وأسماء آبائكم فأحسنوا أسماءكم » . وقال صلى الله عليه وسلم : « من حق الولد على الوالد أن يحسن اسمه ويحسن أدبه » وروى عنه صلى الله عليه وسلم أنه كان يغير الأسماء القبيحة فى الناس والبلدان .

٢ - سوء التوافق فى المدرسة :

بين الأسرة والمدرسة : إدراك خبرة الذهاب إلى المدرسة على أنها انفصال عن الوالدين ، والخضوع لنظم وضعتها جماعة غير الأسرة ، والمشاركة فى أوجه نشاط هذه الجماعة ومعالجة الوالدين والمربين الخاطئة لهذه المتطلبات ، وإخفاق المدرسة فى تحقيق مسئولياتها عن نمو شخصية التلميذ من النواحى الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ، واضطراب العلاقة بين الأسرة والمدرسة ونقص التعاون بينهما أو انعدامه .

المربون : سوءالتوافق النفسى للمربى نفسه ، وممارسة التهديد والعنف ، وممارسة النقد والتوبيخ.

التلميذ : ارتفاع مستوى المواد الدراسية بالنسبة لمستوى قدرات التلميذ ، ونقص الاستعداد الدراسى ، وبطء التعلم ، والفشل الدراسى والتأخر الدراسى ، الضعف العقلى .

المربون والتلميذ : اضطراب العلاقات بين المربين والتلاميذ .

التلميذ ورفاقه : اضطراب العلاقات بين التلميذ وزملائه .

عام : نقص الإرشاد التربوى .

٣ - سوء التوافق فى المجتمع :

عام : المجتمع المريض الذى يحول دون إشباع حاجات أفراده والذى يفيض بأنواع الحرمان والتحريمات والإحباطات والصراعات والذى يشعر فيه الفردبعدم الأمن ، حيث يتولى فيه الأمر أنصاف المتعلمين والأدعياء وحيث يسود الشك فى الآخرين ، ومشكلات الجماعة مثل الألم والكراهية والحقد والغيرة ، والتجارب النفسية الاجتماعية الأليمة من خلال التفاعل الاجتماعى غير السليم ، والعزل الاجتماعى أى عزل الجماعة للفرد لمخالفته فى الدين أو المذهب السياسى أو الطبقة الاجتماعية ، وتصارع الأدوار الاجتماعية التى يقوم بها الفرد ، والتنافس الشديد بين الناس ، وعدم المساواة والاضطهاد والاستغلال وعدم إشباع حاجات الفرد ورغباته فى المجتمع ، ووسائل الإعلام الخاطئة غير الموجهة التى تؤثر تأثيراً سيئاً فى عملية التنشئة الاجتماعية أو التى تستنفر وتستفز الناس وترفع مستوى طموحهم وتشعرهم بالحرمان .

الصحبة السيئة : المشكلات التى يتورط فيها الفرد مع الصحبة السيئة وجماعة الرفاق المنحرفة.

.**مشكلات الأقليات** : نقص التفاعل الاجتماعى ، والاتجاهات الاجتماعية السالبة ، والتعصب ضد جماعة الأقلية الى ينتمى إليها الفرد مع الشعور بالنقص وانعدام الأمن ، والتفرقة العنصرية فى المعاملة والإسكان والتعليم والحقوق .

العصر الحديث ونقص الإرشاد المهنى واختيار العمل على أساس الصدفة ، وفرض العمل على الفرد، وعدم مناسبة العمل لقدرات الفرد وميوله ، وعدم كفاية الأجر ، والإرهاق فى العمل ، واضطراب العلاقة بين العامل وزملائه ، والاشتغال بأعمال يتعرض فيها العامل لمواد تؤثر على الجهاز العصبى ، وظروف العمل السيئة والاستغلال والفصل والتعطل والبطالة ، وعدم تحقيق المطامح والشعور بالإحباط .

سوء الأحوال الاقتصادية : الهزات والكوارث الاقتصادية كفقر الثرى وعدم الرضا بالحالة الاقتصادية ، وصعوبة الحصول على ضروريات الحياة كما فى حالات الفقر والعجز .

تدهور نظام القيم : تصارع القيم بين الثقافات المختلفة التى يعيش فيها الفرد ، وتصارع القيم بين جيل قديم وجيل جديد ، والفروق بين القيم الأخلاقية المتعلمة والفعلية ، والفروق بين القيم المثالية التى يتمناها الفرد وبين الواقع الفعلى .

الكوارث الاجتماعية : الكوارث الاجتماعية العنيفة ، والظروف الاجتماعية الضاغطة ، والكوارث المدنية والمجاعات .

الحرب : احتمال وقوع الحرب وما يصاحب ذلك من توتر وخوف وخاصة فى العصر الذرى وأسلحة الدمار الشامل ، ووقوع الحرب فعلا وما يصاحبه من خسائر فى الأرواح والممتلكات وإعاقة المدنية وتحطيم المثل والأخلاقيات والأسى والضياع وعدم الشعور بالأمن .

الضلال : البعد عن الدين وعدم الإيمان أو الإلحاد وتشوش المفاهيم الدينية ، وضعف القيم والمعايير الدينية ، وعدم ممارسة العبادات ، والشعور بالذنب وتوقع العقاب ، والضعف الأخلاقى ، وضعف الضمير .

٤ - الحضارة (نعمة ونقمة) :

إن المجتمع الصناعى الحديث والتقدم التكنولوجى الكبير فى حضارتنا الحاضرة نعمة كبيرة ولكنها لا تخلو من نقمة ، حيث أن الزيادة فى التقدم لها مطالب قد تزيد عن الطاقة ويصاحبها مطامح قد تزيدعن القدرات . كذلك فإن سرعة التغير الاجتماعى فى العصر الحديث وقيام الثورات والحروب تمثل ضغوطاً نفسية قد يضعف أمامهاالبعض وينهار تحت وطأتها البعض الآخر . وكل هذا أدى إلى وصف عصرنا الحاضر باسم « **عصر القلق** » . وكل هذا يسبب ما أصبح يعرف باسم « **أمراض الحضارة** » . ومما يلاحظ أن الاضطرابات النفسية الجسمية أشيع حدوثاً فى الحضارة المتقدمة منها فى الحضارة البدائية .

٢ - سوء التوافق فى المدرسة :

بين الأسرة والمدرسة : إدراك خبرة الذهاب إلى المدرسة على أنها انفصال عن الوالدين ، والخضوع لنظم وضعها جماعة غير الأسرة ، والمشاركة فى أوجه نشاط هذه الجماعة ومعالجة الوالدين والمربين الخاطئة لهذه المتطلبات ، وإخفاق المدرسة فى تحقيق مسئولياتها عن نمو شخصية التلميذ من النواحى الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ، واضطراب العلاقة بين الأسرة والمدرسة ونقص التعاون بينهما أو انعدامه .

المربون : سوءالتوافق النفسى للمربى نفسه ، وممارسة التهديد والعنف ، وممارسة النقد والتوبيخ.

التلميذ : ارتفاع مستوى المواد الدراسية بالنسبة لمستوى قدرات التلميذ ، ونقص الاستعداد الدراسى ، وبطء التعلم ، والفشل الدراسى والتأخر الدراسى ، الضعف العقلى .

المربون والتلميذ : اضطراب العلاقات بين المربين والتلاميذ .

التلميذ ورفاقه : اضطراب العلاقات بين التلميذ وزملائه .

عام : نقص الإرشاد التربوى .

٣ - سوء التوافق فى المجتمع :

عام : المجتمع المريض الذى يحول دون إشباع حاجات أفراده والذى يفيض بأنواع الحرمان والتحريمات والإحباطات والصراعات والذى يشعر فيه الفردبعدم الأمن ، حيث يتولى فيه الأمر أنصاف المتعلمين والأدعياء وحيث يسود الشك فى الآخرين ، ومشكلات الجماعة مثل الألم والكراهية والحقد والغيرة ، والتجارب النفسية الاجتماعية الأليمة من خلال التفاعل الاجتماعى غير السليم ، والعزل الاجتماعى أى عزل الجماعة للفرد لمخالفته فى الدين أو المذهب السياسى أو الطبقة الاجتماعية ، وتصارع الأدوار الاجتماعية التى يقوم بها الفرد ، والتنافس الشديد بين الناس ، وعدم المساواة والاضطهاد والاستغلال وعدم إشباع حاجات الفرد ورغباته فى المجتمع ، ووسائل الإعلام الخاطئة غير الموجهة التى تؤثر تأثيراً سيئاً فى عملية التنشئة الاجتماعية أو التى تستنفر وتستفز الناس وترفع مستوى طموحهم وتشعرهم بالحرمان .

الصحبة السيئة : المشكلات التى يتورط فيها الفرد مع الصحبة السيئة وجماعة الرفاق المنحرفة.

مشكلات الأقليات : نقص التفاعل الاجتماعى ، والاتجاهات الاجتماعية السالبة ، والتعصب ضد جماعة الأقلية الى ينتمى إليها الفرد مع الشعور بالنقص وانعدام الأمن ، والتفرقة العنصرية فى المعاملة والإسكان والتعليم والحقوق .

سوء التوافق المهنى : مشكلات اختيار المهنة مع التطور التكنولوجى المعقد المتغير فى

العصر الحديث ونقص الإرشاد المهنى واختيار العمل على أساس الصدفة ، وفرض العمل على الفرد، وعدم مناسبة العمل لقدرات الفرد وميوله ، وعدم كفاية الأجر ، والإرهاق فى العمل ، واضطراب العلاقة بين العامل وزملائه ، والاشتغال بأعمال يتعرض فيها العامل لمواد تؤثر على الجهاز العصبى ، وظروف العمل السيئة والاستغلال والفصل والتعطل والبطالة ، وعدم تحقيق المطامح والشعور بالإحباط .

سوء الأحوال الاقتصادية : الهزات والكوارث الاقتصادية كفقر الثرى وعدم الرضا بالحالة الاقتصادية ، وصعوبة الحصول على ضروريات الحياة كما فى حالات الفقر والعجز .

تدهور نظام القيم : تصارع القيم بين الثقافات المختلفة التى يعيش فيها الفرد ، وتصارع القيم بين جيل قديم وجيل جديد ، والفروق بين القيم الأخلاقية المتعلمة والفعلية ، والفروق بين القيم المثالية التى يتمناها الفرد وبين الواقع الفعلى .

الكوارث الاجتماعية : الكوارث الاجتماعية العنيفة ، والظروف الاجتماعية الضاغطة ، والكوارث المدنية والمجاعات .

الحرب : احتمال وقوع الحرب وما يصاحب ذلك من توتر وخوف وخاصة فى العصر الذرى وأسلحة الدمار الشامل ، ووقوع الحرب فعلا وما يصاحبه من خسائر فى الأرواح والممتلكات وإعاقة المدنية وتحطيم المثل والأخلاقيات والأسى والضياع وعدم الشعور بالأمن .

الضلال : البعد عن الدين وعدم الإيمان أو الإلحاد وتشوش المفاهيم الدينية ، وضعف القيم والمعايير الدينية ، وعدم ممارسة العبادات ، والشعور بالذنب وتوقع العقاب ، والضعف الأخلاقى ، وضعف الضمير .

٤ - الحضارة (نعمة ونقمة) :

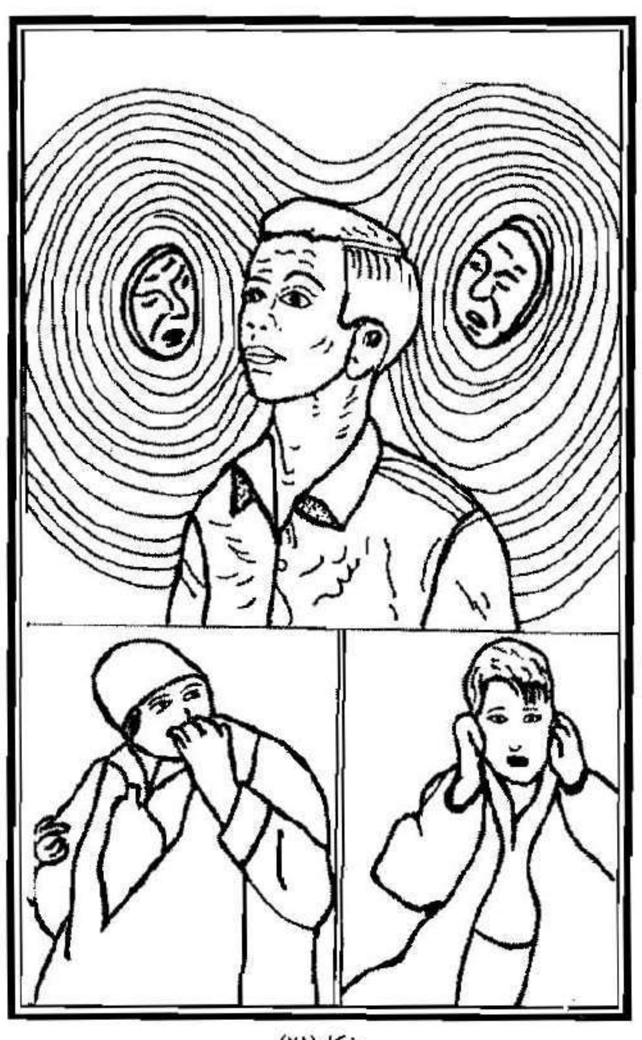
إن المجتمع الصناعى الحديث والتقدم التكنولوجى الكبير فى حضارتنا الحاضرة نعمة كبيرة ولكنها لا تخلو من نقمة ، حيث أن الزيادة فى التقدم لها مطالب قد تزيد عن الطاقة ويصاحبها مطامح قد تزيدعن القدرات . كذلك فإن سرعة التغير الاجتماعى فى العصر الحديث وقيام الثورات والحروب تمثل ضغوطاً نفسية قد يضعف أمامهاالبعض وينهار تحت وطأتها البعض الآخر . وكل هذا أدى إلى وصف عصرنا الحاضر باسم « **عصر القلق** » . وكل هذا يسبب ما أصبح يعرف باسم « **أمراض الحضارة** » . ومما يلاحظ أن الاضطرابات النفسية الجسمية أشيع حدوثاً فى الحضارة المتقدمة منها فى الحضارة البدائية .



الفصل الثالث

أعراض الأمراض النفسية

* دراسة الأعراض .
* تصنيف الأعراض .



شكل (٧١)
من أعراض الأمراض النفسية

الأعـــراض [1]

SYMPTOMS

العرض تعبير عن الاضطراب وعلامة من علامات المرض النفسي . وكل الأمراض النفسية تلاحظ وتصنف على أساس الأعراض . وعند دراسة الأمراض النفسية وتمييز مرض نفسي من مرض نفسي آخر يجب ملاحظة الأعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المريض والعوامل التي لعبت أدواراً رئيسية في تشكيل شخصيته . وقد تكون الأعراض شديدة واضحة حين يدركها العامة ، وقد تكون مختفية لا يميزها إلا الخبراء المختصون . وقد يحتاج إظهار وتمييز الأعراض في بعض الأحيان إلى استعمال بعض الطرق الفنية الخاصة واستعمال بعض العقاقير . وكلما أمكن التعرف على الأعراض في وقت مبكر كان ذلك أفضل من الناحية العلاجية حيث يفيد ذلك في نجاح العلاج ويمنع تطور الأعراض . ويلاحظ أن لكل من أعراض الأمراض النفسية سبباً ومعنى ووظيفة . ولفهم الأعراض يجب فهم الأسباب التي أدت إليها .

ولا يخلو إنسان من الأعراض . وفي نفس الوقت يندر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد ، والفرق بين الشخصية السوية والشخصية المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس فرقاً في النوع . والواقع أن كل فرد لديه استعداد للمرض . إلا أن الأفراد يختلفون في درجة مقاومتهم . فمنهم من يكون لديه مقاومة عالية ، ومنهم من قد يتعرض في حياته لأسباب تحطم هذه المقاومة . ويجب ألا ينتاب القارىء الخوف لأنه قد يجد بعض الأعراض لديه ، إلا أن درجتها ليست مرضية ، ومن ثم فهي لا ترتبط بمرض معين، وهو ليس بمريض .

وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً أو مرضاً نفسياً قائماً بذاته . ومن أمثلة ذلك القلق والخوف والوسواس وتوهم المرض والتفكك .

أصل الأعراض :

يعتبر المرض مظهراً وعلامة تكشف عن **الحياة الخاصة للمريض** . والأعراض ترتبط بحياة المريض وليس لها معنى بعيداً عن حياته والمواقف التي نشأت وتظهر فيها ، والأعراض عادة تكون تعبيرات عن رغبات الفرد الدفينة وذكرياته المكبوتة ومخاوفه .

ويمكن أن يكمن أصل العرض في **المواد اللاشعورية** ذات الصفات الدينامية الدافعة والتي يمكنها أن تسيطر بدرجات مختلفة على الشخصية على المستوى الشعوري . ومعظم المواد العقلية التي لا يمكن التعبير عنها شعورياً وصراحة تظهر في شكل أعراض .

---

(١) انظر مينسكي Minski ، ١٩٦٤ ، ماستر Master ، ١٩٦٧ ، كوفيل وآخرون. Coville et al، ١٩٦٧، عزيزفريد، ١٩٦٤ ، عمر شاهين ويحيى الرخاوي ، ١٩٦٥ ، أحمد عزت راجح ، ١٩٦٥ ، فيصل الصباغ ، ١٩٦٥ سعد جلال ، ١٩٧٠ ، حامد زهران ، ١٩٧٢ .

وقد يكمن أصل العرض فى **القلق والشعور بالذنب** . وهنا يكون العرض حيلة للتعبير عن ذلك .

وتمثل الأعراض غالبًا **طرقًا خاطئة للتوافق** ، وحلولا عصابية للصراع ، وخططاً فاشلة للدفاع النفسى .

زملة الأعراض : Syndrome

ليس للأعراض المنفردة قيمة تشخيصية فى حد ذاتها . وتتنوع الأعراض وتشترك الأمراض النفسية فيها . وتظهر أعراض المرض النفسى عادة فى شكل زملة أو **تجمع أو تشكيل معين** . وهذه الزملة أو المجموعة المتآلفة من الأعراض هى التى **تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر.** ويجب الاهتمام بالارتباط المتبادل بين الأعراض بعضها وبعض . ويلاحظ أن العرض الواحد قد يدخل فى زملات أو مجموعات أو تشكيلات مختلفة يميز أمراضًا بعينها . ومثال ذلك القلق والهلوسات .

رمزية الأعراض :

يعتبر العرض رمزًا يشير إلى وجود اضطراب نفسى أو جسمى . وقد يكون للعرض معنى رمزى ذو أهمية أكبر من مظهره . فالعنة النفسية المنشأ قد تكون رمزًا للتعلق اللاشعورى الشديد بالأم .

معنى الأعراض :

للأعراض معنى على أساس النمو النفسى الدينامى للمريض . وتشير الأعراض عادة إلى مشكلة داخلية . ولكى نحدد معنى الأعراض يجب أن نحدد العوامل التى أدت لظهورها . وتظهر بعض الأعراض النفسية نتيجة عجز المريض عن مواجهة المشاعر الداخلية أو المواقف الخارجية التى تتضمن ضغطاً حادًا أو مزمنًا .

وظائف الأعراض :

لكل عرض وظيفة . ويعتبر العرض **رد فعل أو تعبيرًا نفسيًا حيويًا** عن الفرد ككل ، ويجب دراسته وفهمه من زاوية نفسية حيوية دينامية .

وقد يكون العرض وسيلة أو حيلة نفسية حيوية تهدف إلى **صيانة قيمة وتقدير الذات** .

وتوضح الأعراض **مشكلات المريض** وطرق جهاده فى مجابهتها .

ويفسر البعض العرض النفسى **بأنه طريقة للتوافق** نشاهدها دائمًا فى الحياة اليومية .

ومن خلال الأعراض وأصلها وأهدافها ووظائفها نستطيع أن نحل **لغز حياة المريض** الداخلية وأن نرى شخصيته فيما وراء الأعراض .

أهداف الأعراض :

لكل عرض هدف كما لكل سلوك هدف . وسواء كان السلوك شعوريًا أو لا شعوريًا ، ذاتياً أو موضوعياً ، سويًا أو مرضياً ، فإن له أهدافًا إما أولوية أو ثانوية .

الأهداف الأولية :

هي الأهداف الذاتية والتي يكون في تحقيقها مغانم يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى [١] . وأهم الأهداف الأولية ما يأتي :

* **السيطرة على القلق** وخفض التوتر الذي يخبره المريض ولو بصورة مؤقتة .
* **حل الصراع** أو العمل على حله بواسطة استخدام واحدة أو أكثر من حيل الدفاع النفسي أو عن طريق تعبيرات رمزية خارجية تعبر عن الصراع الداخلي في صورة مبهمة . وينظر المحللون النفسيون إلى العرض كحل ودى أو حل وسط بين طرفين متصارعين ، طرف كابت (الأنا مؤتمرا بأوامر الأنا الأعلى) وطرف مكبوت (الهو) . وبذلك يكون العرض بمثابة صورة كاريكاتيرية يرسمها المريض ليرمز به إلى شيء يحظره جهاز الرقابة . وقد يغلب إرضاء الجانب المكبوت كما في الهستيريا أو الانحرافات الجنسية إذ ينطلق المكبوت بصورة رمزية عنيفة . ويشبه البعض الأعراض بالأحلام من حيث أن كليهما حلول ودية لصراع لا شعوري . فأغلب الأحلام في رأيهم تحقيق رمزي لرغبات لا يستطيع الحالم أن يصارح بها نفسه في اليقظة . ويعتبر البعض أن المرض النفسي حلم طويل ، وأن الحلم مرض نفسي قصير الأمد .
* **تحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع** والنزعات التي يأباها ويستقبحها الفرد على نفسه متنبهًا وواعياً.
* **امتصاص الطاقات النفسية** المنبثقة من الدوافع والنزعات المكبوتة واستنفاد شحناتها في أعراض سلوكية أو عضوية منعًا لنشاط هذه الدوافع والنزعات وظهورها والشعور بها .
* **تقوية الكبت** وإقامة حواجز منيعة في وجه المكبوتات ضمانًا لعدم انفلاتها وتسربها إلى الخارج، وذلك بتقوية وتنمية سمات شخصية خاصة قادرة على الصمود أمام هذه الدوافع المكبوتة.
* **إخماد نشاط الدوافع المكبوتة** أو استثمار طاقاتها في أفعال بديلة ورمزية .
* **إشباع الدوافع** والحاجات الشخصية التي لاقت إحباطاً، عن طريق التعويض المتطرف .
* **الحيلولة دون الإقدام على فعل** يأبى الفرد فعله أو يخشى عواقبه .
* **الاستسلام** الذي يتضمن عقاباً سادياً لشخص هام في حياة الفرد كان قد أساء إليه وأثار فيه شعور العدوان ولكنه لم يستطع - لسبب ما - أن يعبر عن هذا العدوان .
* **تهدئة الضمير** الهائج عن طريق عقاب الذات .

---

(١) من الكلمات الباقية : « إذا عجز العقل عن حل مشكلة ، حلها الجنون » .

الأهداف الثانوية :

هى الأهداف الخارجية التى يكون فى تحقيقها مغانم وأرباح [(١)] أهمها الانتصار النسبى على العقبات البيئية أو الاجتماعية أو الاقتصادية ، وتهيئة جو أكثر ملاءمة لحالة الفرد النفسية . وأهم الأهداف الثانوية ما يلى :

* **استدرار العطف** واستلفات الانتباه واستجلاب اهتمام الآخرين .
* **الهروب** من المآزق والمواقف العسرة سواء كانت مادية أو معنوية .
* **التملص** من المسئولية الشخصية والتبعات مع حفظ ماء الوجه .
* **تجنب** الأعمال التى لا يحبها الفرد .
* **تبرير** ضعف الفرد أو تراخيه أو كسله أو تقصيره أو فشله .
* **تعويض النقص** أو العجز أو الافتقار أو الحرمان .
* **الإحجام** عن مواجهة المواقف والخبرات الأليمة أو المذلة للذات أو المنقصة للكرامة أو المهددة للشخصية .
* **الفوز بمحبة الآخرين** ورعايتهم ومساندتهم كبدائل تحل محل الحرمان فى الماضى .
* **المحافظة على كيان الشخص** وصيانة حياته بتجنب ما قد يعرضها للخطر .
* **التحكم فى بعض الأشخاص** والسيطرةعليهم وإرغامهم على الالتفاف حوله والالتصاق به وإشباع حاجاته وتلبية مطالبه وتحقيق رغباته .
* **وقاية الذات** واحترامها والمحافظة على كبريائها .

تصنيف الأعراض

يلاحظ أن **الأعراض متداخلة** وأن تصنيفها محاولة لأغراض الدراسة والمعرفة . ذلك لأن الجهاز النفسى ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض تماماً ، ولكنها كلها متكاملة .

وهنا نشير إلى أن **العرض يختار** وظيفة نفسية أو جانباً من جواب الشخصية أو عنصرًا ضعيفاً يظهر فيه .

وتختلف **الأسس التى يقوم عليها التصنيف** من حيث كون الأعراض داخلية أو خارجية ، عضوية أو نفسية المنشأ ، والوظيفة النفسية التى تظهر فيها الأعراض حيث قد تظهر فى الوظائف العقلية العليا أو وظائف أعضاء الجسم أو النواحى الانفعالية أو النواحى الاجتماعية .

---

(١) يلاحظ أن علاج العرض الذى يحقق ربحًا للمريض يلقى مقاومة عنيدة يبينها المريض أثناء العلاج من غير قصد منه. ومن أمثلة ذلك عدم تعاونه مع المعالج أو تناسى مواعيد جلسات العلاج أو عدم المواظبة على حضورها أو اللجوء إلى التمويه والتضليل أو عدم تنفيذ توصيات المعالج أو الاعتراض على طريقة العلاج ... إلخ .

أما عن **الأعراض الداخلية** فهى التى لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخواف .

وأما عن **الأعراض الخارجية** التى تكون ظاهرة وواضحة فمنها فرط إفراز العرق أثناء القلق أو الجمدة فى الفصام .

وأما عن **الأعراض عضوية المنشأ** فهى تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو اضطراب أى جهاز آخر . وقد تكون التغيرات نتيجة لعوامل داخلية مثل التغيرات التى تحدث فى الجهاز العصبى كما فى أورام المخ . وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل خارجية مثل العدوى أو التسمم ، مثل عدوى الزهرى فى الشلل الجنونى العام ، والكحول فى مرض كورساكوف ، أو صدمية مثل ضربة على الرأس ، وقد يصاحب الأعراض عضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسى، وهذا ما نجده فى الأمراض الجسمية فى نفس الوقت ، ومثال ذلك الاكتئاب والأنيميا .

أما عن **الأعراض نفسية المنشأ** فهى تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التى تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعتبر علامات على محاولة المريض فى جهاده وحربه ودفاعه ضد مشكلاته . والأعراض نفسية المنشأ تكون فى الغالب تعبيرًا عن اللاشعور ، وبالتالى فالمريض قد لا يعى أصلها أو معناها ، إلا أنه يعى وجود ضغط داخلى فيوجه هذه الأعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط .

اضطرابات الإدراك : Disorders of Perception

الإدراك هو قدرة الفردعلى إدراك البيئة عن طريق حواسه وتفسير معناها ، فالمثيرات الموجودة فى البيئة تثير الحواس التى تنقل الإحساس إلى المراكز الخاصة بها فى المخ حيث تفسر حسب المعنى المرتبط بها فى الخبرات السابقة . ويضطرب الإدراك نتيجة وقوع الشخصية فريسة لأسباب تؤدى إلى سوء تفسير المثيرات الحسية ، نتيجة لوجود نقص أو عيب فى أعضاء الحس ذاتها أو إلى نقص أو عيب فى وظائفها .

وفيما يلى اضطرابات الإدراك :

الهلوسات Hallucinations هى إدراك خاطىء لمثير حسى غير موجود فى الواقع الخارجى . ورغم ذلك فإنها تكون جزءاً من حياة المريض العقلية . وهى من صنع العقل ذاته وتمثل مخرج محتويات اللاشعور عندما ينهك المرض النفسى الأنا . وهى تبين حاجات المريض النفسية ودوافعه ورغباته وتعزيز الذات والشعور بالذنب وعقاب الذات والنقد الذاتى . وتحدث الهلوسات فى الذهان والأمراض التسممية والأمراض العضوية . وتقل الهلوسات عندما يكون المريض منشغلا بالواقع ، وتكثر عندما يكون الانتباه ضعيفًا . وتختلف الهلوسات من حيث صفاتها مثل الوضوح والحجم واستجابة المريض لها ومن حيث دلالتها فى التشخيص والتنبؤ (راجع شكل ٧١) .

* **الهلوسات السمعية** : وفيها يسمع المريض أصواتاً مألوفة أو غريبة ، آدمية أو حيوانية ، وقد تكون فى شكل طلقات نارية أو ضجيج أو اتهامات أو أوامر . ويستجيب المريض لهذه الأصوات فى شكل حديث أو إطاعة أوامر أو القيام بعمل معين . وتلاحظ فى الفصام والهذاء (البارانويا) .

* **الهلوسات البصرية** : وفيها يرى المريض صوراً ومناظر لا وجود لها لأشخاص أو حيوانات أو أشباح أو ملائكة ... إلخ . وقد تكون الصور ثابتة أو متحركة ، واضحة أو غامضة . ويستجيب المريض لهذه الصور فيحاول لمسها أو الإقبال عليها أو الابتعاد عنها . وتلاحظ فى الفصام والهذاء (البارانويا) وحالات التسمم والكحولية .

* **الهلوسة الشمية** : وفيها يشم المريض روائح لا وجود لها وتكون عادة روائح كريهة . ويستجيب المريض لهذه الروائح فيسد أنفه . وتلاحظ فى الفصام وإصابة وأورام الفص الصدغى من المخ أو العصب المخى الشمى .

* **الهلوسات الذوقية** : وفيها يحس المريض بتذوق طعم غير مستساغ لا وجود له . وتلاحظ فى بعض حالات الفصام وحالات إصابة الفص الصدغى من المخ .

* **الهلوسات اللمسية** : وفيها يحس المريض أن أشياء تمشى فوق أو تحت جلده . وتلاحظ فى حالات إدمان الكوكايين .

* **أخرى** : توجد أشكال أخرى من الهلوسات منها :

- الهلوسات الجنسية : وترتبط عادة بالتوهم القبيح أوالغريب الشكل عن أعضاء الجسم . وتلاحظ فى بعض حالات الفصام المزمن .

- هلوسات التوقع : وتحدث عند الخائف المتوجس المترقب المتحفز المتوقع حدوث شىء فيبدو له فى شكل هلوسات .

الخداع : Illusion هو إدراك خاطىء مع وجود مثير حسى . ويتوقف التفسير الإدراكى الخاطىء على خبرات وتجارب المريض السابقة ، ويتأثر بدوافعه وانفعالاته ورغباته المكبوتة ، ويمهد له الانتظار والترقب المصاحبان بالتوتر والخوف . ومن أمثلة الخداع فى حالة الخواف إدراك حبل على أنه ثعبان ، وفى حالة الفصام إدراك شكل فى طلاء الحائط على أنه ملاك .

ويوجد الخداع فى جميع المدركات عن طريق السمع والبصر والشم والتذوق واللمس . ويلاحظ الخداع فى الخواف والفصام وتوهم المرض والإدمان .[1]

أخرى : تشاهد اضطرابات أخرى فى الإدراك الحسى ومنها :

* **الحس الزائد** : وهو الزيادة الشاذة فى الإحساس مثل الحساسية المفرطة بالألم واللمس .

(١) يقول أبو نواس فى هذا :

فكل شىء رآه ظنه قدحًا وكل شخص رآه قال ذا ساق

* **الخدر** : وهو غياب الحساسية فى جلد الأعضاء الحسية ، وقد يكون عاماً أو فى عضو واحد .
* **الحس الزائف** : وهو إحساس مزيف أو محرف مثل إحساس العضو المتخيل الذى قد يحدث عند شخص بتر عضو من جسمه ويشعر بإحساسات ينسبها إلى العضو المبتور .
* **الحس المختلط** : وهو إدراك مثير حسى يتصل بحاسة معينة على أنه يتصل بحاسة أخرى ، مثل الخلط السمعى البصرى ، كما فى إدراك نغمة موسقية باعتبارها لوناً، ومثل الإحساس بالحرارة عند رؤية اللون الأحمر.
* **اضطراب حاسة الشم** : ويكون فى شكل :
- الخشم : أى فقدان حاسة الشم كليًا أو جزئيًا .
- الشم الزائد : أى الزيادة المفرطة فى حاسة الشم .
* **اضطراب الجهاز العضلى** ويكون فى شكل :
- الحس الجسمى الزائد : أى زيادة الحساسية لحركات الجسم .
- الحس الجسمى الضعيف : أى نقص الحساسية لحركات الجسم .

اضطرابات التفكير : Disorders of Thinking

التفكير هو تكوين الأفكار وتكاملها وضم بعضها لبعض فيما يتعلق بموضوع و مشكلة ، ويتم ذلك بالتخيل والتصور والفهم والاستنتاج وغير ذلك من العمليات العقلية . ويظهر التعبيرالخارجى لوظيفة التفكير فى السلوك . وفيما يلى اضطرابات التفكير :

اضطراب إنتاج الفكر : وفيه تسيطر العناصر العقلية الداخلية مثل الدوافع والخيال على عملية التفكير ولا تتقيد بالواقع ولابالمنطق كما يحدث فى الفصام . ومن مظاهر اضطراب إنتاج أو تكوين الفكر :

* **التفكير الذاتى أو الخيالى**: وهو ينبع من الذات دون الواقع ويكون أقرب إلى الخيال، ونتيجة العوامل اللاشعورية والدوافع الغريزية والرغبات المتمركزة حول الذات . ويلاحظ فى الفصام.
* **التفكير غير الواقعى أو غير المنطقى** : وهو لا يتفق مع الواقع ولا مع المنطق . ويلاحظ فى الفصام .

اضطراب سياق التفكير : وفيه لا يعبر المريض عن الأفكار بمجرد تكونها ، ولا يستمر التفكير فى مجرى أو سياق أو تسلسل متصل ، ولا ترتبط الأفكار منطقياً بعضها بالبعض الآخر . ومن مظاهر اضطراب سياق أو مجرى التفكير :

* **طيران الأفكار** : أى انطلاقها وانسيابها فى غزارة وسرعة كبيرة ، والاستطراد السريع من فكرة لأخرى لا ترتبط بها ، وذلك حسب تغير المثيرات وبدون التقدم نحو هدف ، ويصاحبه حذف

جمل أو كلمات والشرود والتشتت وعدم التركيز . ويلاحظ فى الهوس وبعض أنواع الفصام وحالات إصابة الفص الجبهى من المخ .

* **تأخر أو بطء التفكير** : وفيه يكون بدء التفكير متأخراً وصعبًا وتقدمه بطيئاً . ويصاحبه بطء الكلام والاختصار أو الصمت . ويلاحظ فى الاكتئاب الحاد وبعض أنواع الفصام .

* **الترديد أو المداومة** : وهو التركيز والتعلق المستمر غير العادى بفكرة واحدة وترديدها والمداومة عليها . ويلاحظ فى ذهان الشيخوخة وعصاب الوسواس والقهر وفى الفصام النصلبى .

* **المنع أو العرقلة** : أى توقف مجرى التفكير فجأة . ويلاحظ فى الفصام .

* **الخلط أو الإسهاب** : وفيه يختلط الكلام ولا يتوصل المريض إلى التعبير عن فكرته إلا بعد أن يمر بتفاصيل مسهبة لا لزوم لها . ويلاحظ فى الضعف العقلى والفصام المزمن وذهان الشيخوخة والصرع .

* **التشتت أو عدم الترابط** : وفيه تتشتت الأفكار وتتداخل وتتتابع دون ارتباط منطقى . ويبدو الكلام فى شكل « سلاطة كلامية » . ويلاحظ فى الفصام الهياجى والفصام المزمن .

اضطراب محتوى الفكر : وهنا تسيطر الانفعالات القوية وتلون الأفكار وتحدد محتواها فى شكل أوهام ووساوس ومخاوف... إلخ . ومن مظاهر اضطراب محتوى الفكر :

* **الأوهام** : هى معتقدات وهمية خاطئة لا تتفق مع الواقع ، ولا يمكن تبريرها أو إثباتها أو تصحيحها بالمنطق ، ولا يتخلى عنها المريض . وقد تكون الأوهام منظمة أى مرتبة ومنسقة تنسج فى نظام منطقى تام وعلى درجة كبيرة من المعقولية والمنطقة والإقناع رغم بعدها عن الواقع حتى لتكاد تصدق (وهى شائعة فى الهذاء) « البارانويا » . وقد تكون الأوهام غير منظمة أى مشوهة وغير مقنعة وينقصها الترتيب والمنطق والترابط والثبات والتجانس (وتلاحظ فى الفصام) . وقد تكون الأوهام أولية حيث يظهر التوهم دون سابق إنذار (كما فى حالة توهم الاضطهاد) . وقد تكون الأوهام ثانوية حيث يترتب التوهم على توهم أولى (مثل توهم العظمة إذا ترتب على توهم الاضطهاد) وتنقسم الأوهام حسب محتواها إلى :

- توهم العظمة : وفيه يعتقد المريض أنه شخص عظيم ومهم ذو قوى وإمكانات هائلة أو ثروة طائلة أو أنه ملك أو رئيس أو قائد أو عالم أو مخترع أو مصلح أو نبى مرسل . ويلاحظ فى الهذاء (البارانويا) والفصام الهذائى.

- توهم الاضطهاد : وفيه يعتقد المريض أن فردا أو جماعة أو هيئة أو مؤسسة تضطهده بصفة خاصة وأنها سبب كل المصائب أو أنها تدبر المكايد والمؤامرات له أو تضع له السم فى الطعام أو تملأ حجرته بالغاز السام أو تتجسس عليه أو تستخدم السحر للسيطرة عليه . ويلاحظ فى الهذاء (البارانويا) والفصام الهذائى.

- توهم المرض : وفيه يعتقد المريض بوجود مرض لا يشفى فى بعض أعضاء جسمه ، رغم أن الفحص الطبى النفسى ينفى ذلك . ويظهر توهم المرض بصورة خاصة فى الأعضاء التى تكون عرضة للتغير الفسيولوجى أو للتوتر العضلى أو لردود فعل القلق مثل سرعة ضربات القلب . ويلاحظ توهم المرض فى اكتئاب سن القعود . وقد يغلب توهم المرض ويصبح هو نفسه عصابًا أساسياً ومرضاً قائمًا بذاته .

- توهم الإثم واتهام الذات : وفيه يعتقد المريض أنه معتد أثيم ، ارتكب ذنبا لا يغتفر ويستحق العقاب ويشعر باتهام الذات وتأنيب الضمير والندم ويشعر أحيانًا أنه لا يستحق الحياة . ويلاحظ فى الاكتئاب وبعض حالات الفصام .

- توهم الإشارة : وفيه يعتقد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير إليه ، فإذا أومأ شخص أو همس أو ابتسم ، وإذا كتبت صحيفة أو حدثت إذاعة ، أساء تأويل ذلك واعتقد أن هذا يشير إليه شخصيًا . ويلاحظ فى الهذاء (البارانويا) والفصام الهذائى والاكتئاب .

- توهم التأثير : وفيه يعتقد المريض أن هناك من / أو ما يؤثر على تفكيره وبالتالى فى سلوكه رغم إرادته، ويسمى أحيانًا توهم السلبية .

- توهم الانعدام : وفيه يعتقد المريض فى انعدام وفناء أجزاء معينة من جسمه كأن يعتقد أن مخه غير موجود فلا يفكر أو أن معدته غير موجودة فلا يأكل أو أنه ميت بالفعل . وقد يعتقد فى انعدام الأشياء من حوله أو عدم وجودها أصلا وأنه أصبح وحيداً فى هذه الدنيا . ويلاحظ فى الاكتئاب والفصام الحركى .

- توهم تغير الشخصية : وفيه يعتقد المريض أنه هو نفسه قد تغير وأصبح شخصاً آخر ، ويفقد شعوره بشخصيته ويشعر أن أفكاره غريبة عنه . ويلاحظ فى الفصام والاكتئاب والهستيريا وتوهم المرض والقلق والوسواس .

- توهم تغير الكون : وفيه يعتقد المريض أن كل من وما حوله قد تغير وأن كل شىء أصبح على غير حقيقته .

* **الوساوس** : هى أفكار لا شعورية ملحة وثابتة تتردد باستمرار وتقحم نفسها فى شعور المريض رغما عن إرادته ، فلا يفكر فيما عداها ، ورغم أن المريض نفسه يتحقق من أنها أفكار باطلة وغير معقولة أو تافهة ويحاول التخلص منها بشتى الوسائل إلا أن ذلك يشق عليه ولا يمكنه التخلص منها واستبعادها إرادياً لأنها لا تتأثر بالمنطق . وهذه الأفكار الوسواسية ترتبط عادة بأفعال قهرية يقوم بها المريض بشكل جبرى رغم مقاومته الشعورية لها . وتلاحظ فى القلق ، وتمثل عرضًا أساسياً فى عصاب الوسواس والقهر .

* **الخواف** : هو خوف مرضى لا مبرر له ولا يقاوم ، ولا يعرف المريض مصدره النفسى ، إلا أنه

يعرف أنه ليس لخوفه أساس شعوري معقول ، ورغم هذا لا يستطيع التخلص منه فيوجه سلوكه. ومن أمثلة المخاوف المرضية خواف الرعد والبرق والماء والنجوم والظلام والدم والنار والعفاريت والحيوانات والحشرات والأماكن المغلقة والأماكن المتسعة والأماكن المرتفعة والأعماق والخلوة والجمهرة والغرباء والأجانب واللغات الأجنبية والامتحانات والجنس والولادة والمرض وبعض الأرقام. وفي بعض الأحيان قد يكون الخواف شاملا (خواف كل شيء) . ويشاهد الخواف عادة في القلق وعصاب الوسواس والقهر . وقد يغلب الخواف ويصبح هو نفسه عصابًا أساسيًا ومرضًا قائمًا بذاته .

* **فقر الأفكار** : وفيه تكون الأفكار فقيرة وضعيفة في محتواها . ويشاهد في الضعف العقلي.
* **البلادة الفكرية** : وفيها يعجز المريض عن التفكير والقيام بأبسط العمليات العقلية ، ولا يشعر بالمخاطر . وتشاهد في الفصام وفي الأمراض الناتجة عن تلف المخ .
* **ضغط الأفكار** : وفيه يكون محتوي الأفكار كثيراً وكأنه في حالة ضغط مستمر .
* **انتزاع الأفكار** : وفيه يشعر المريض بخلو دماغه من الأفكار فجأة وكأنها قد انتزعت منه .
* **إقحام الأفكار** : وفيه يشكو المريض من أن الأفكار توضع في رأسه دون إرادته .
* **الانشغال** : وفيه يدور التفكير حول موضوع معين بشكل يطغى على سائر الموضوعات الأخرى ويعطل كل اهتمام آخر .
* **تناقض الأفكار** : وفيه تجتمع فكرتان متناقضتان في نفس الوقت ولا يستطيع المريض التخلص منهما .
* **المفسطة** : وفيها يشوه التفكير أفكار غريبة وغامضة وشبه فلسفية .
* **الرمزية** : وفيه يتحدث المريض بالرموز والأمثلة والعبر بإفراط ، وتكون غير مترابطة وتعبر عن معان خاصة لديه .

اضطرابات الذاكرة : Disorders of Memory

التذكر وظيفة عقلية هامة، ويتضمن عمليات ثلاثًا متكاملة هي التسجيل والحفظ والاستعادة أو الاسترجاع . **والذاكرة** مهمة من وجهة نظر إحداث التوافق النفسي حيث تساعد الخبرات الماضية الشخصية على التوافق بسهولة مع الخبرات الجديدة . وقد يحدث الاضطراب في الذاكرة بالنسبة للخبرات المباشرة الحديثة أو المتوسطة أو البعيدة الماضية . وفيما يلي اضطرابات الذاكرة :

حدة الذاكرة : Hypermnesia وهي فرط عمليات التذكر حيث تزداد حدة تذكر المريض لكل تفاصيل خبرات معينة وخاصة الخبرات الأليمة أو الخبرات السعيدة المشحونة انفعاليا . وتشاهد في الهوس الخفيف وفي الهذاء (البارانويا) .

فقد الذاكرة أو النسيان : Amnesia وهو فقدان القدرة على تذكر أحداث فترة معينة . ويكون جزئيًا أو كليًا ، مؤقتاً أو دائماً . وقد يكون فقدان الذاكرة عضوى المنشأ كما فى حالات ذهان الشيخوخة والإدمان. وقد يكون فقد الذاكرة نفسى المنشأ أى وظيفيًا (كما فى بعض حالات الهستيريا) . ومن مظاهر فقد الذاكرة أو النسيان :

* **فقد الذاكرة الرجعى** : وهو نسيان يتناول حقبة طويلة أو قصيرة من الزمن سابقة للمرض الحالى . ويلاحظ فى حالات إصابة الفص الجبهى من المخ وفى الصرع .
* **فقد الذاكرة اللاحق** : وهو نسيان يتناول أحداث الفترة التى تلت بداية المرض الحالى . ويلاحظ فى إصابة الفص الجبهى من المخ وفى ذهان الشيخوخة .

خطأ الذاكرة : Paramnesia وهو تضلال الذاكرة أو إيهام الذاكرة الخاطئة ، وفيه تزيف الذاكرة وتشوه . ومن أنواعه :

* **التزييف** : وفيه يضيف المريض لا شعوريًا تفاصيل مزيفة مزورة كاذبة أوخيالية على أحداث حدثت فعلا . ويلاحظ فى الهستيريا وفى الهذاء (البارانويا) وفى الفصام الهذائى .
* **التأليف** : وهو تلفيق واختلاق أو « فبركة » وقائع وأحداث خيالية لم تحدث إطلاقًا على أنها وقعت فعلا . ويحاول المريض عن طريق التأليف حشو وملء فجوات وثغرات الذاكرة . ويلاحظ فى الهستيريا وفى ذهان الشيخوخة وفى بعض الأمراض النفسية الجسمية وفى حالات تلف المخ وفى إدمان الخمر .
* **الألفة** : وهنا يعتقد المريض أن من/ أو ما يراه أويسمعه أو يفكر فيه أو يخبره أو يروى له مألوف لديه ومعروف ، وأنه سبق أن مر بخبرته ، بينما هو فى الحقيقة لم يسبق لـه ذلك مطلقًا. وتشمل الألفة : ألفة المنظر ، وألفة الصوت ، وألفة الفكرة ، وألفة الخبرة ، وألفة الحكاية أو الرواية.
* **الجدة** : وهنا يعبر المريض عن جدة من/ أو ما يراه أو يسمعه أو يفكر فيه أو يخبره أو يروى له ، ويقول إن ذلك غير مألوف ، وأنه لم يسبق أن مر بخبرته ، بينما أن ذلك فى الحقيقة قد حدث فعلا . وتشمل الجدة : جدة المنظر ، وجدة الصوت ، وجدة الفكرة ، وجدة الخبرة ، وجدة الحكاية أو الرواية . وتلاحظ الجدة فى الفصام وفى الصرع وفى حالات التسمم .

أخرى : تشاهد اضطرابات أخرى فى الذاكرة ومنها :

* **اضطراب الحفظ والاسترجاع** : حيث يصعب على المريض تذكر ما يقرؤه مهما تكررت مرات القراءة . ويلاحظ فى ذهان الشيخوخة وفى أمراض المخ وفى إدمان الخمر .
* **فجوات الذاكرة** : حيث يفقد المريض الذاكرة لأحداث فترة محددة من الزمن ويتذكر جيداً ما قبلها وما بعدها . وتلاحظ فى الهستيريا وفى ارتجاج المخ .
* **فلتات اللسان** .

* زلات القلم .
* نسيان عمل شيء معين .
* استخدام الكلمات الخاطئة .

اضطرابات الوعي أو الشعور : Disorders of Consciousness

عرفنا أن الشعور هو الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي . وفي حالة اضطراب الوعي أو الشعور نجد أن الإحساس لا يعمل بكامل طاقته ، ولا تؤدي الحواس وظائفها على ما يرام ، ويكون الإدراك والفهم معوقًا ، ويكون المريض غير قادر على إدراك بيئته من حيث الزمان والمكان والأشخاص . وفيما يلي اضطرابات الوعي أو الشعور :

تغيم الوعي أو تشوش الشعور : Clouding of Consciousness وهو اضطراب وظيفي في جهاز الترابط، يكون فيها الإدراك غير واضح ، وعتبة الإحساس مرتفعة في ادراك المثيرات ، ويكون التفكير غير واضح وبطيئًا ، والذاكرة مضطربة ، وسعة الانتباه محدودة جدًا. ويكون تغيم الوعي أو تشوش الشعور على درجات تختلف من البلادة إلى النعاس فالذهول فالسبات فالغيبوبة ، ويشاهد في الهستيريا وفي الفصام الحركي وفي التفكك وفي إصابة المخ .

اضطراب التوجيه : Disorientation وهو فقدان المريض لتتبع العلاقات الزمانية والمكانية وفقدان القدرة على التعرف على الآخرين في الوقت الحاضر وحتى فقدانه لذاتيته . ويتضمن اضطراب التوجيه أيضًا ازدواج إدراك البيئة حيث يدرك المريض أنه في مكانين بعيدين عن بعضهما بعضًا في نفس الوقت ، ويقول عنه العامة إنه من « أهل الخطوة » . ويشاهد اضطراب التوجيه في الفصام وفي الذهان العضوي وفي حالات إصابة المخ وفي التسمم .

الذهول : Stupor وفيه يقل الوعي لدرجة كبيرة ، وتنقص الاستجابة للمثيرات . ويكون المريض ساكنًا هادئًا لا يتحرك ولا يظهر على وجهه أي تعبير . ويكون منشغلا بالتفكير الذاتي الخيالي . ويشاهد في الخواف الشديد وفي الهستيريا وفي الاكتئاب وفي الفصام الحركي وفي حالات أمراض المخ العضوية وحالات التسمم .

الهذيان : Delirium هو اضطراب عام في الوعي مع تهيج ، وعدم استقرار ، وتذبذب الانتباه، وهلوسات ، وتشوش الإحساس . ولذلك فهو في حقيقته زملة أعراض أكثر منه عرض واحد . ومن أمثلته الهذيان الكحولي والهذيان الإصابي . وعندما يفيق المريض من حالة الهذيان يصف خبراته وكأنها حالة حلم . ويشاهد الهذيان في إدمان المخدرات والخمر .

الحالة الحالمة أو الغسقية : Dream or Twilight State وهي حالة تشبه الحال بين اليقظة والنوم ، يكون وعي المريض فيها مضطربًا، ويفقد التوجيه في بيئته ، ويصاحبها أحيانًا هلوسات . وتستمر لمدة دقائق أو لمدة طويلة يشرد فيها المريض ويخرج من بيته ويستقر في مكان آخر . وعندما يستعيد وعيه لا يتذكر أي شيء عما حدث . وهذه الحالة تشاهد في التفكك وفي الهستيريا وفي الصرع .

الخلط : Confusion ويتضمن الحيرة والارتباك وصعوبة التركيز واضطراب التوجيه وفقر الأفكار ونقص الترابط . ويشاهد فى ذهان الشيخوخة وفى الصرع وفى حالات إصابات المخ وخاصة الفص الجبهى وفى حالات التسمم .

التفكك : Dissociation وفيه يتفكك نظام الشخصية ، وينفصل بعض أجزائها عن بعض ويضطرب أداؤها الوظيفى ، ويقوم أحد أو بعض جوانب الشخصية بالأداء الوظيفى مستقلا . ويكون النشاط الحركى واعياً فى حين أن النشاط الحسى والفكرى غير واع . ويشاهد فى الهستيريا . وقد يغلب التفكك ويصبح هو نفسه عصابا أساسياً ومرضاً قائما بذاته .

اضطرابات الانتباه : Disorders of Attention

تأخذ اضطرابات الانتباه أحد الأشكال الآتية :

زيادة الانتباه : Hyperprosexia وهنا يلاحظ الانتباه الشديد لمثير معين بكل تفاصيله وفرط التثبت بالأفكار . وتشاهد فى الهوس .

قلة الانتباه : Inattention وهنا يلاحظ ضعف ونقص الانتباه أو انعدامه . ويشاهد فى الضعف العقلى وفى الفصام وفى الاكتئاب .

تحول الانتباه (السرحان): Distractibility ويلاحظ فيه تشتت الانتباه وسرعة تحوله من مثير إلى آخر غير متعلق بالموضوع الأصلى . وتسمى سرعة تحول الانتباه وعدم القدرة على توجيهه المدة الكافية للاستيعاب باسم « السرحان » .

السهيان : Aprosexia وهو فقدان القدرةعلى تثبيت الانتباه لمثير معين حتى ولو لوقت قصير على الرغم من أهمية هذا المثير .

الانشغال : Preoccupation وفيه يتجه الانتباه إلى المثيرات الداخلية دون الخارجية وعلى حسابها . ويشاهد فى الاكتئاب .

اضطرابات الإرادة :

من أشكال اضطرابات الإرادة ما يلى :

اضطراب اتخاذ القرارات : وفيه يشكو المريض من صعوبة اتخاذ القرارات ، وعدم السيطرة على سلوكه ، والتردد ، وعدم الثقة بالنفس . ويلاحظ فى الضعف العصبى وفى الاكتئاب .

اضطراب الفعل الإرادى : وفيه يتسم سلوك المريض بالهياج والنشاط الموجه توجيهاً ذاتياً . وقد يصعب حث المريض على القيام بأى فعل إرادى . ويلاحظ فى الفصام وفى تلف المخ .

اضطراب الدافعية : وهنا تجتاح المريض دوافع ورغبات متعارضة وحادة وغير منظمة تؤدى إلى ظهور بعض التغيرات على وجهه وبعض الإشارات بيديه ، وتحول دون اتخاذ القرارات ، وتعطل الفعل الإرادى . ويلاحظ فى الفصام الحركى .

ا ضطرابات الكلام :

تنقسم اضطرابات الكلام على أساس المظهر الخارجى لاضطراب الكلام إلى ما يلى :

اضطرابات الكلام العامة : وتشمل :

* **الحبسة** : وهى احتباس الكلام وتعذره وفقدان قوة النطق وفقدان القدرة على التعبير بالكلام أو بالكتابة وعدم القدرة على فهم معانى الكلمات المنطوقة أو إيجاد أسماء لبعض الأشياء أو المرئيات أو مراعاة القواعد النحوية فى الكلام أو الكتابة . وتشاهد الحبسة فى الهستيريا وفى إصابة المخ . ومن نماذج الحبسة ما يلى :

- الحبسة الحركية : أى فقدان التعبير الحركى الكلامى .
- الحبسة الحسية : ومن مظاهرها : الحبسة السمعية (وهى عدم القدرةعلى فهم الكلمات المسموعة) ، والحبسة البصرية (وهى عدم القدرة على فهم الكلمات والعبارات والمعانى) ، والكلام الغريب (وهو استعمال كلمات غريبة لا معنى لها وغير مناسبة للكلام) ، والأخطاء اللغوية (وهى عدم القدرة على نطق الكلمات صحيحة لغويا).
- الحبسة الكلية أو الشاملة : وتشمل الناحيتين الحسية والحركية وفيها يشكو المريض احتباسا فى كلامه واضطرابا فى قدرته على فهم الكلمات المنطوقة أو المكتوبة ويعانى من عجز جزئى فى الكتابة .
- الحبسة النسيانية : وفيها ينسى المريض أسماء الأشياء ، ولا يستطيع تسمية الأشياء والمرئيات .

* **تأخر الكلام** : يأخذ تأخر الكلام أشكالا منها إحداث أصوات معدومة الدلالة فى التخاطب والتفاهم ، وتعذر الكلام باللغة المألوفة ، وضآلة عدد المفردات ، والتعبير بالإشارات والإيماءات، والإجابة بكلمة واحدة على الأسئلة ، والصمت أو التوقف فى الحديث .

* **الكلام التشنجى** : ويكون الكلام متفجرا وبطيئا ومملا ، وقد يصحبه اضطراب فى التنفس وحركات لا إرادية .

* **الكلام الطفلى** : ويحوى الكلمات الرئيسية دون الباقى .

* **اللغة الجديدة** : حيث يتفاهم المريض بلغة جديدة يصكها هو ولا يفهمها إلا هو .

عيوب طلاقة اللسان : وأهمها :

* **اللجلجة أو التهتهة** : وهى التردد فى الكلام ، وألا يكاد يخرج من الفم .
* **العقلة** : وهى عقدة اللسان أو اعتقاله وإمساكه بحيث يعجز المريض عن تلفظ المقطع أو نطق الكلمة إلا بعد جهد ومشقة .

اضطراب كم الكلام : ويشمل :

* **الثرثرة** : وهى الكلام الكثير دون داع .
* **قلة الكلام** : وهى النضاب الكلام . ويلاحظ فى الاكتئاب .
* **الخرس أو البكم** : وهو انعدام الكلام وعجز المريض التام عن الكلام .

اضطراب سريان الكلام : ويشمل :

* **بطء الكلام** : حيث يصدر الكلام بطيئاً بدرجة ملحوظة . ويشاهد فى الاكتئاب .
* **سرعة الكلام** : حيث يصدر الكلام سريعاً متتابعاً غير واضح المقاطع . ويشاهد فى الهوس.
* **عرقلة الكلام** : حيث يسكت الكلام ويمتنع ويتوقف سريانه فجأة. ويشاهد فى الفصام .

اضطراب تكرار الكلام : ويشمل :

* **النمطية** : أى تكرار كلمات معينة ليس لها قصد واضح . وتشاهد فى الفصام .
* **اجترار الكلام** : أى التكرار النمطى للكلمات والجمل ، والإجابة على كل الأسئلة بإجابة واحدة . ويشاهد فى الفصام وذهان الشيخوخة .
* **المصاداة** : أى تكرار الألفاظ والكلام المسموع بطريقة آلية . وتشاهد فى الفصام الحركى .

صعوبات النطق : وأهمها :

* **الإبدال** : وأهم مظاهره :
  - الثأثأة : وهى إبدال السين بثاء أو شين .
  - اللثغة : وهى إبدال الهمزة عيناً ، والراء غيناً أو ياء أو همزة ، والقاف كافاً ، والكاف تاء ، واللام ياء .
  - الطمطمة : وهى إبدال الطاء تاء .
  - اللكنة : وهى إبدال الحاء هاء والعين همزة .
* **الفردد** : وأهم مظاهره :

– التمتمة : وهى التردد فى نطق حرف التاء والميم .

– **الفأفأة** : وهى التردد فى نطق حرف الفاء .

* **اللعثمة** : وهى التردد فى نطق الحروف أو تكرار مقاطعها .

* **الترخيم** : وهى حذف بعض الكلمات لتعذر نطقها .

* **اللفف** : وهو إدخال بعض الكلمات فى بعض .

اضطراب الصوت : ويشمل :

* **الخن** (الخنف) : حيث يجد المريض صعوبة فى إحداث حروف الميم والنون وتبدو الحروف المتحركة كأن فيها غنة وتأخذ الحروف الساكنة أشكالا مختلفة من الشخير أو الخنن .

* **الغمغمة** : وهى عدم تبيان مقاطع الحروف .

* **المقمقة** : وهى التكلم من أقصى الحلق .

* **أخرى** : مثل غلظة الصوت ، وحدة الصوت ، وشدة الصوت ، وفقد الصوت ، وبحة الصوت.

أخرى : هناك اضطرابات أخرى فى الكلام منها :

* **الاندفاع فى الصراخ والسباب** والكلام البذىء . ويشاهد فى الهوس وفى الفصام .

* **السلبية والامتناع عن الكلام** . ويشاهد فى الفصام الحركى (الجمود) وفى الضعف العقلى وفى الهذاء .

اضطرابات الانفعال :

وتشمل اضطرابات الانفعال ما يلى :

القلق Anxiety ونقصد من القلق المرضى وهو نوع من الخوف الغامض غير المحدد المجهول السبب المصحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الأذى وعدم الاستقرارالعام مما يعوق المريض عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطرباً. ويصاحب القلق أعراض نفسية جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب . ويصاحبه أيضًا التوتر وتغير الصوت واللازمات الحركية والأرق والأحلام المزعجة . والقلق هو العرض الشائع والمشترك فى معظم الأمراض النفسية. وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصابا أساسياً ومرضًا قائما بذاته هو «عصاب القلق» .

الاكتئاب : Depression هو حالة يشعر فيها المريض بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس ، دون سبب مناسب أو لسبب تافه ، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها ولا هدف له فيها ، فتثبط عزيمته ، ويفقد اهتمامه بعمله وشئونه ويشعر بتفاهته . ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركى والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والإمساك والأرق . ويصاحبه أيضًا التردد

والبطء فى الكلام . وقد يؤدى إلى الانتحار . ويعتبر الاكتئاب عرضاً أساسيًا فى ذهان الهوس والاكتئاب . وقد يغلب الاكتئاب وحده ويصبح مرضًا قائمًا بذاته .

التوتر : Tension وهو شعور ذاتى بعدم الراحة والاضطراب والتململ وعدم الرضا والحيرة وعدم القدرة على التركيز وعدم الاستقرار والارتجاف وسرعة الحركات والصداع . ويشاهد فى القلق وفى الاكتئاب .

الفزع Panic هو توتر طويل وقلق مزمن وخوف فجائى حاد وشعور بالخطر وعدم الأمن . ويصاحبه شحوب الوجه واتساع حدقتى العينين وسرعة النبض وسرعة التنفس . وقد يتجمد المريض فى مكانه أو يحاول الهرب أو يحاول الانتحار . ويشاهد فى الفصام الحاد وفى ذهان الشيخوخة .

التبلد : Apathy وهو انخفاض وغياب الاستجابة الانفعالية فى المواقف التى تثير الانفعال . ويصاحبه عادة فقد الشهية ونقص الحماس . ويشاهد فى الفصام .

اللامبالاة : Indifference وهى فقد القدرة على التعبير الانفعالى وفقد الاهتمام بالأشياء . فالمريض لا يبالى بالمشاعر ولا بالمواقف الانفعالية ولا بالتعبير الانفعالى . وتشاهد اللامبالاة فى الاكتئاب .

التناقض الانفعالى : Ambivalence وهو ثنائية وتناقض الانفعالات فى نفس الوقت بالنسبة لنفس المثير . فمثلا قد يوجد الحب والكره معًا فى نفس الوقت نحو شخص . وهنا يكبت عادة أحد الانفعالين ويكون غالبًا هو الأقل قبولا . ويشاهد التناقض الانفعالى فى الفصام .[1]

نقص الثبات الانفعالى : Emotional Lability هو نقص استقرار وتباين الاستجابات الانفعالية وتغيرها بشدة والانتقال بسرعة من حالة انفعالية حادة إلى أخرى . وتعرف فى هذه الحالة باسم « السيولة الانفعالية »، فالمريض تارة يبكى وتارة يضحك ولحظة يشقى ولحظة تليها يسعد . ويشاهد نقص الثبات الانفعالى فى الهوس الحاد وفى الفصام المزمن وفى ذهان الشيخوخة .

انحراف الانفعال : Perversion وهو وجود انفعال غير ملائم وغير مناسب وهوة كبيرة بين المثير والاستجابة الانفعالية . ومثال ذلك فرح المريض عند سماع خبر محزن وحزنه عند سماع خبر سار . ويشاهد فى الفصام .

المرح : Elation وهو شعور عام بأن الفرد على ما يرام ، وشعوره بالمرح والخيلاء والفخر دون سبب مناسب أو لسبب تافه . وهذا الشعور يكون منافيًا للواقع. ويشاهد فى الهوس وفى الفصام الهذائى.

النشوة أو التجلى : Euphoria وهنا يبدو المريض غاية فى السعادة عريض الآمال مفرطاً فى التفاؤل زائد النشاط ميالا للعدوان . ويشاهد فى الهوس وإدمان المخدرات .

(١) يقول المثل العامى : لا باحبك ولا باقدر على بعدك .

الوجد : Exaltation وفيه يكون المريض مرحا مسالما هادئًا متدينًا يشعر بالقوة والانفصال عن العالم الخارجي وأنه قد ولد من جديد في عالم جديد حيث لا شيء أعظم ولا شيء أروع. ويلاحظ في الهستيريا وفي الفصام وفي الصرع .

مشاعر الذنب الشاذة : وهنا يشعر المريض شعوراً شديدًا بالذنب ولوم الذات وتأنيب الضمير على أفعال أو رغبات أو أفكار تتناقض مع التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية . وتشاهد في القلق وعصاب الوسواس والقهر وفي المخاوف .

الاستثارية : وهي الميل للاستجابة الانفعالية المفرطة كما في العنف والثورة . -

أخرى : بالإضافة إلى ما تقدم يلاحظ وجود بعض الاضطرابات الانفعالية الأخرى مثل : اضطراب إعطاء الحب ، واضطراب تقبل الحب ، وشدة تطلب الحب ، وعدم التمييز في علاقات الحب ، والغيرة الدائمة .

اضطرابات الحركة :

تشمل اضطرابات الحركة ما يلي :

النشاط الزائد : Hyperactivity وفيه يزداد النشاط الحركي غير الهادف وغير المثمر . وله عدة صور منها :

* **النشاط الزائد المرتبط بسرعة سريان الفكر** : ويرتبط أيضًا بتقلب الأهداف ، وضعف الانتباه ، ويكون غير مثمر ومتنقلا ولا يتم وتكون نتيجته النهائية لا شيء . ويلاحظ في الهوس .
* **عدم الاستقرار الحركي** : ويتضمن العكوف على الحركة غير المستقرة غير الهادفة . ويشاهد في ذهان الشيخوخة .
* **التوتر العضلي** : وفيه يكون التوتر العضلي مرتفعا حتى عندما يكون الجسم ساكنًا .

النشاط الناقص : Hypoactivity وهو تأخر نفسي حركي يبدو عادة في صورة البدء المتأخر في العمل والبطء فيه والشكوى أثناء القيام به . ويرتبط غالبًا بتأخر عمليات التفكير . ويلاحظ في الاكتئاب وفي الفصام . ومن صوره ما يلي :

* **التدهور الحركي** : وفيه ينخفض النشاط الحركي بصورة متدهورة ويلاحظ في الاكتئاب .
* **الوهن** : وفيه تكون العضلات في حالة ارتخاء وضعف شديد . وقد يشمل الجسم كله أو مجموعة معينة من العضلات .
* **الشلل** : أي الفقدان التام لوظيفة عضلة أو مجموعة من العضلات ويشاهد في حالات إصابة المخ وأعصابه والنخاع الشوكي وأعصابه .

النشاط المضطرب Disordered Activity ويشمل عدة صور :

* **العجز الحركي** : وهو فقدان القدرة على الحركة الغرضيـة المقصودة ويشاهد فى حالة إصابة المخ وخاصة الفص الجبهي والفص الجداري .

* **الهزع** : وهو عدم انـتظام الحركة العـضلية ، واختـلاج الحركة الإرادية خاصة حـركة الأطراف ، وعدم التآزر عند الوقوف . ويشـاهد فى حالة إصابة المخيخ .

* **التقلاب** : وهو حـركات دورية مستمرة وكثيرة فى اليـدين والقـدمين ، وغالـبًا تكون مـؤلمة . ويشاهد فى حالة إصابة المخ المتوسط والجهاز العصبى ما بعد الأهرام .

* **الحركات الراقصة** : وهى حركات مـرتجة غير منتظمـة وغير إرادية . وتشـاهد فى حـالة إصابة المخ المتوسط والجهاز العصبى ما بعد الأهرام .

* **التشنج** :وهو تقبض وارتجاف عضلى عنيف لا إرادى موزع على الجسم كله، ويصحبه عادة فقد فقد الشعور . ويشـاهد فى الصرع .

* **التقلص العضلي** : وهو اختلاج لا إرادى فى عضلة أو مجموعة من العضلات .

* **الخلجات** : وهى حركات عضلية عصبية وظيفية لا إرادية متكررة .

* **الارتجافات** : وهى ارتعاشات وتـقلصات خفيفة إيـقاعية لا إرادية فى العضـلات . وتشـاهد فى حالة إصابة المخ المتوسط .

النشاط المتكرر (النمطية) : Stereotypy وفيه يعكـف المريض على تكرار نفـس النشاط متى بدأه لمدة غير محددة . ويشـاهد فى الفصام .

الجمدة (التصلب) : Catalepsy وهنا يـلزم المريض وضعـاً واحدا لمدة طويـلة جدا دون أى تعب. وتشـاهد فى الفصام الحركى (التصلبى) وفى الهذاء (البارانويا) .

اللازمات الحركية : Mannerisms وهى حركات ملازمة تتكرر دائمًا فى الرأس أو الوجه أو أحد الأطراف . وتشـاهد فى القلق وفى الفصام .

الآلية : Automation وهنا يـكون النشاط الحركـى للمريض آليًـا وتشـاهد فى الفـصام . ومن أشكالها ما يلى :

* **الطاعة الآلية** : حيث يطيع المريض آليًا كل الأوامر دون تفكيرأو تبصر حتى ولو كانت شاذة أو ضارة.

* **المحاركة** : حيث يقلد المريض آليًا كل الحركات التى يراها .

السلبية : Negativism وهى رفض المـريض القيام بما يـطلب إليه عـمله ومقاومتـه وعناده أو

القيام بعكس المطلوب . وقد تأخذ شكل الخرس أو البكم أو رفض الطعام أو عدم طاعة الأوامر . وتشاهد فى الفصام وخاصة الفصام الحركى .

القهر : Compulsion وهو القيام بعمل غير هادف وغير مفيد وغير مناسب وضد إرادة الفرد نتيجة لفكرة متسلطة أو وسواس ودافع مرضى لا يقاوم للقيام بهذا العمل . ويلاحظ فى الفصام . ويمثل عرضًا أساسيًا فى عصاب الوسواس والقهر .

العدوان : Aggression وهنا يتسم سلوك المريض بالعنف والقوة والعدوان (المادى أو اللفظى). ويلاحظ فى السيكوباتية .

المقاومة : Resistance وهنا يقاوم المريض الأوامر ويرفض الطاعة ويعلن العصيان ولا يقوم بما يطلب منه .

النفور : Aversion هو حالة من الكراهية وعدم التعاون يبديها المريض نحو بعض الأوضاع التى يرفضها . ويشاهد فى الهذاء .

اضطرابات المظهر العام :

ترتبط أهم اضطرابات المظهر العام بما يلى :

اضطراب وتطرف النمط الجسمى: يلاحظ فيه ما يلى :

* **النمط النحيف** : يرتبط أكثر من غيره بالضعف العصبى والقلق والاكتئاب والفصام .
* **النمط البدين** : يرتبط أكثر من غيره بالهستيريا وذهان الهوس والاكتئاب .
* **النمط العضلى** : يرتبط أكثر من غيره بالهستيريا والصرع .
* **النمط غير المنتظم** يرتبط أكثر من غيره بالفصام .

اضطراب تعبيرات الوجه : يلاحظ فيه ما يلى :

* **الحزن والكآبة** : ويشاهد فى الاكتئاب .
* **السرور والنشوة** : ويشاهد فى الهوس .
* **اللاتعبير** (الوجه المقنّع) ويشاهد فى الفصام .
* **أخرى** : ومما له دلالة أيضًا انقباض الوجه والسحنة الجامدة والسحنة البلهاء والنظرات الخائفة المتوجسة والمتقلبة والتعبير المتكلف ... إلخ .

اضطراب حالة الملابس : يلاحظ فيه ما يلى :

* **السواد** : يشاهد فى الاكتئاب .
* **إهمال الملابس والفوضى** : يشاهد فى الهوس وفى الفصام وفى الضعف العقلى .

* **الملابس القذرة الممزقة** : تشاهد فى الهوس .
* **الملابس غير المتناسقة والشاذة** : تشاهد فى الفصام .
* **التكلف والتصنع** : يشاهد فى الفصام الهذائى وفى هذاء العظمة .
* **الإفراط فى التزين والتبرج** : يشاهد فى الهوس وفى هذاء العظمة .

اضطراب حالة الشعر : يلاحظ فيه ما يلى :

* **التصفيف الغريب** : يشاهد فى الهذاء (البارانويا) .
* **الإهمال** : يشاهد فى ذهان الهوس والاكتئاب .

اضطراب الوضع (الوقفة أو الجلسة) : يلاحظ فيه ما يلى :

* **الوضع الخاص التمثيلى** : يشاهد فى الهذاء (البارانويا) .
* **الوضع التعبيرى الشاذ** : يشاهد فى الهذاء (البارانويا) .

اضطرابات التفهم :

تظهر اضطرابات التفهم فى شكل **اضطراب الإدراك الواعى** ، **واضطراب إدراك مضمون الشعور** . وهنا يضطرب الفكر والتحليل والتركيب والتقييم وتشرب الخبرات والإحاطة بالمواقف والأحداث والخبرات الجديدة . وعندما يضطرب التفهم يصبح المريض مشتت الانتباه ويتعطل فهمه. **ويلاحظ** اضطراب التفهم فى ذهان الشيخوخة وفى الضعف العقلى وفى حالات التسمم .

اضطراب البصيرة :

فى حالة اضطراب البصيرة لا يستطيع المريض فهم نفسه داخليا وخاصة فيما يتعلق بمرضه ومشكلاته الاجتماعية ومسئولياته ... إلخ. ولا يدرك المريض طبيعة مرضه ولا يفهم أسبابه ولا أعراضه ، ومن ثم لا يسعى لاستشارة المختصين ولا يبحث عن العلاج ولا يتقبل العلاج ولا يستمر فيه . ولذلك فإن اضطراب البصيرة يجعل العلاج صعبا . ويلاحظ اضطراب البصيرة فى معظم أنواع الذهان .

الاضطرابات العقلية المعرفية :

يلاحظ **تدهور الذكاء** فى بعض أشكال المرض العقلى وخاصة فى الأمراض العضوية . ويظهر ذلك فى شكل عدم القدرة على القيام بالنشاط العادى فى الحياة اليومية ، وقلة الاهتمام بالعالم الخارجى ، ونقص القدرة على التعلم .

ويزداد **التدهور العقلى المعرفى** فى الحالات الشديدة وخاصة فى الذاكرة والفهم والتفكير

والانتباه والإدراك والقدرات العقلية المعرفية الأخرى . ويطلق البعض اسم الخبل على هذا التدهور العقلي المعرفي، وفيه قد يصل الحال بالمريض إلى عدم القدرة على الاتصال والتفاعل الاجتماعي ، وعدم القدرة على رعاية نفسه . وقد يتدهور الحال بالمريض إلى أن يصبح وجوده مجرد وجود حيوي فقط .

وتشاهد هذه الاضطرابات في أورام المخ وجروح الرأس وفي ذهان الشيخوخة .

اضطرابات الشخصية :

وتظهر في **سمات الشخصية مثل** : الانطواء ، والعصابية ، وعدم الاتزان الانفعالي ، والتقلب، وعدم الاستقرار ، والخضوع ، وضعف الأنا الأعلى ، واللامبالاة ، والسلبية ، والثرثرة ، والاندفاع ، والاستثارية ، والتشاؤم ، والجمود والعبوس .

اضطرابات السلوك الظاهر :

من **أهمها** : السلوك الشاذ الغريب ، والنمطية ، والانسحاب ، وفرط الانفعال ، والجناح (ويشمل الكذب المرضي والسرقة والنشل والتزييف والتخريب والشغب والخطورة على الأمن والهروب والتشرد والبطالة والتمرد وعدم ضبط الانفعالات والانحرافات الجنسية والإدمان وغير ذلك من ألوان السلوك الإجرامي السيكوباتي) .

اضطرابات الغذاء :

من أشيع اضطرابات الغذاء : قلة الأكل ، والإفراط في الأكل (النهم أو الشره) والبطء الشديد في تناول الطعام ، وانعدام الرغبة في تناول الطعام ، وتقاليع الأكل ، والتأفف ، والجشاء ، والشعور بالغثيان ، والتقيؤ .

ويلاحظ رفض الطعام وفقد الشهية في الاكتئاب ، والامتناع عن الطعام في الخواف .

اضطرابات الإخراج :

من **أشيع اضطرابات الإخراج** : البوال (التبول اللاإرادي أثناء النوم) ، وسلس البول (التبول اللاإرادي أثناء اليقظة) ، وعدم القدرة على التحكم في التبرز، والإمساك العصبي ، والإسهال العصبي .

اضطرابات النوم :

أهم اضطرابات النوم ما يلي : الأرق ، وتقطع النوم ، والتقلب الزائد أثناء النوم ،

واضطراب نظام النوم حيث ينام المريض نهارا ويصحو ليلا مثلا ، وقرض الأسنان أثناء النوم ، والكلام أثناء النوم ، والمشى أثناء النوم ، والمخاوف الليلية ، والأحلام المزعجة المتكررة ، والكابوس.

وتشاهد كثرة النوم فى الضعف العقلى والهستيريا ، والأرق فى القلق والهوس والفصام [١] .

سوء التوافق :

ويكون سوء التوافق فى المجالات التالية :

سوء التوافق الصحى : حيث تشاهد مشكلات الصحة والنمو والانحراف عن المعايير من الناحية الجسمية ، واعتلال الصحة بصفة عامة ، ووجود أمراض مزمنة .

سوء التوافق الشخصى : حيث يشاهد الخجل ، وتحقير الذات ، والسذاجة ، والشعور بالإثم، والسلبية ، والتبرم والضجر ، والنكد وتعكر المزاج ، والإهمال ، ونقص الثقة فى النفس ، وعدم تحمل المسئولية .

سوء التوافق الاجتماعى : حيث يشاهد الارتباك والخجل والشك والحقد والغيرة والاستعراض وحب الظهور والاعتماد الزائد على الآخرين ونقص القدرة على الاتصال بالآخرين وقلة الأصدقاء ونقص النشاط الترويحى، والوحدة والانسحاب والعنوسة وتلمس الهفوات والتعصب والألفاظ النابية.

سوء التوافق الزواجى : حيث يشاهد الخلاف والهجران والخيانة والعدوان والانفصال والطلاق .

سوء التوافق الأسرى : حيث تشاهد الخلافات والاضطرابات الأسرية وأساليب التنشئة الخاطئة .

سوء التوافق التربوى : حيث يشاهد التأخر الدراسى والهروب والفشل والرسوب .

سوء التوافق المهنى : حيث يشاهد عدم التوفيق وعدم الاستقرار فى المهنة .

الانحرافات الجنسية :

تكون أهم الانحرافات الجنسية كما يلى :

نحو نفس الجنس : الجنسية المثلية (اللواط والسحاق) .

نحو موضوعات مادية : الأثرية أو الفتيشية (التعلق الجنسى بالأشياء التى يستعملها الجنس الآخر ، بدلا من الشخص نفسه كاللباس أو جزء من جسمه كالشعر مثلا) .

نحو المومسات : البغاء ، والاستهتار والاستسلام الجنسيان .

---

(١) يكون الفرد وكأن لسان حاله يقول :

ألا يا ليل طلت على حتى كأنك قد خلقت بلا صباح

نحو الذات : النشاط الجنسى الذاتى ، واستخدام الأدوات البديلة ، والنرجسية (عشق الذات) .

انحراف الدرجة : الإفراط الجنسى ، والشبقية المرضية (الشهوة المرضية) ، والصدوف الذى يصحبه التقزز والاشمئزاز وعدم الرغبة ، والبرود الجنسى (عند المرأة) ، والعنة (الضعف الجنسى عند الرجل).

مظهرية : الاستعراض الشبقى ، والرغبة فى لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم .

إجرائية : السادية (حب التعذيب للمحبوب) ، والماسوكية (حب العذاب من المحبوب) ، والاحتكاك الجنسى .

إجرامية : الاغتصاب ، وهتك العرض ، وجماع الأطفال .

حيوانية : جماع الحيوان .

نادرة : جماع المحارم .

أخرى : الفرجة الجنسية ، والمنع المرضى ، والعصاب الجنسى .

أعراض نفسية جسمية وعصبية :

تبدو الأعراض الجسمية والعصبية نفسية المنشأ فى أجهزة الجسم التى يسيطر عليها الجهاز العصبى المركزى وتشاهد فى الهستيريا ، أو التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى وتشاهد فى الأمراض النفسية الجسمية .

أعراض هستيرية : وفيما يلى أهمها :

* **الأعراض الحسية** : وتشمل : العمى الهستيرى ، الصمم الهستيرى ، فقدان حاسة الشم ، فقدان حاسة الذوق ، فقدان الحساسية الجلدية فى عضو أو فى عدة أعضاء ، الخدار الهستيرى (انعدام الحساسية العامة) ، الألم الهستيرى .
* **الأعراض الحركية** : الشلل الهستيرى (النصفى أو الطرفى أو فى الجانبين أو القعاد)، الرعشة الهستيرية ، التشنج الهستيرى والصرع الهستيرى ، عقال العضل (خاصة فى اليد وخاصة أثناء الكتابة وهو ما يسمى عقال الكاتب) ، فقدان الصوت أو النطق والخرس الهستيرى .
* **الأعراض الهستيرية العامة** : المرض عند بداية المدرسة أو عند الامتحانات ، ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة ، المرض بمرض عزيز مات به ، المرض كامتداد تاريخى لمرض عضوى سابق .

أعراض نفسية جسمية : وتشمل :

* **فى الجهاز الدورى** : الذبحة الصدرية ، عصاب القلب ، ارتفاع ضغط الدم ، انخفاض ضغط الدم ، الإغماء .

* **فى الجهاز التنفسى** : الربو الشعبى ، التهاب مخاطية الأنف .

* **فى الجهاز الهضمى** : قرحة المعدة ، التهاب المعدة المزمن ، التهاب القولون ، فقد الشهية العصبى ، الشراهة ، التقيؤ العصبى ، الإمساك المزمن ، الإسهال المزمن .

* **فى الجهاز الغددى** : مرض السكر ، البدانة ، التسمم الدرقى .

* **فى الجهاز التناسلى** : العنة (الضعف الجنسى عند الرجل) ، القذف المبكر ، القذف المعوق، البرود الجنسى (عند المرأة)، تشنج المهبل ، اضطراب الحيض ، الإجهاض المتكرر ، العقم .

* **فى الجهاز البولى** : احتباس البول ، كثرة مرات التبول ، البوال ، سلس البول .

* **فى الجهاز الهيكلى** : آلام الظهر ، التهاب المفاصل الروماتيزمى .

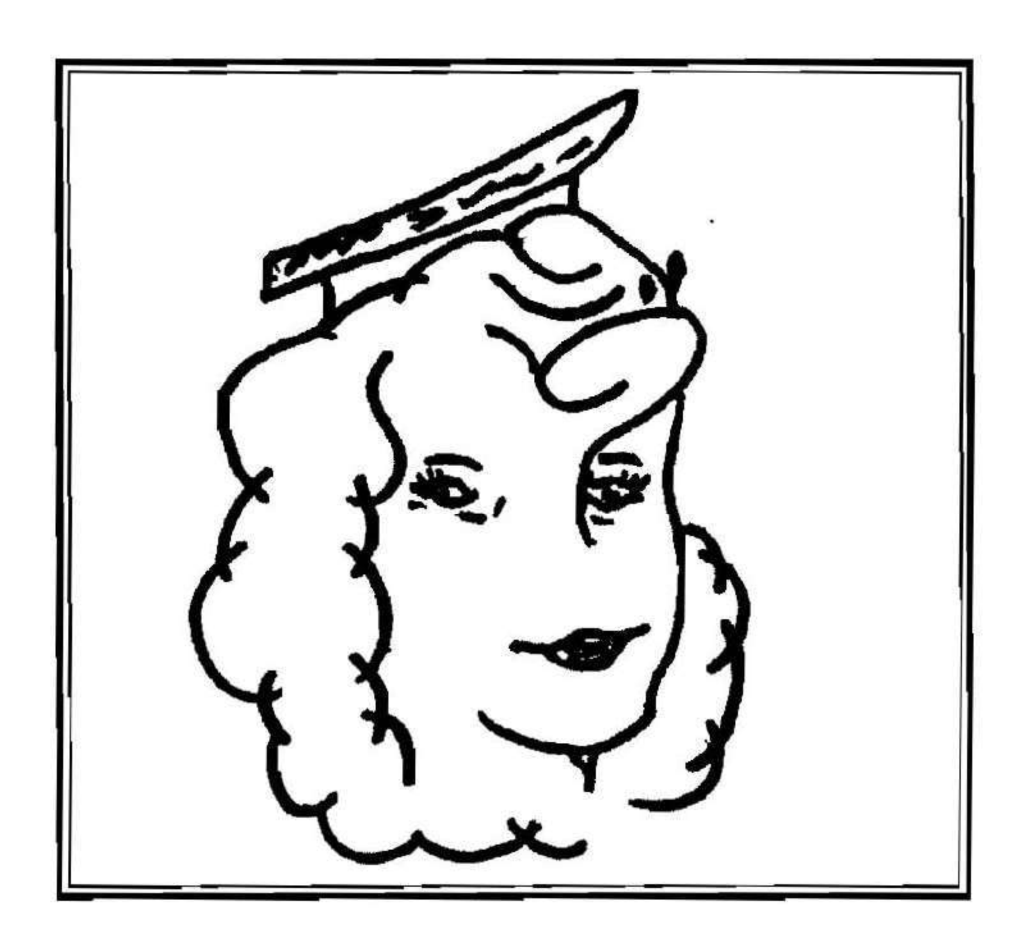
* **فى الجلد** : **الأرتيكاريا** ، التهاب الجلد العصبى ، الهرش ، الأكزيما العصبية ، سقوط الشعر، فرط العرق ، حب الشباب ، الحساسية .

* **فى الجهاز العصبى** : الصداع النصفى ، إحساس الأطراف الكاذب .

أعراض عصبية أخرى : وتلاحظ فى الجهاز العصبى . ومن أمثلتها : اضطراب موجات المخ الكهربائية ، وعطل إحدى الحواس ، وغيبة الإحساس فى مناطق الأعصاب المخية ، والأعصاب الشوكية ، وغيبة الانعكاسات .

أعراض عامة :

بالإضافة إلى كل ما سبق تلاحظ بعض الأعراض العامة مثل : الحساسية النفسية ، عدم التدين ، ضعف الأخلاق ، نقص الميول والهوايات ، اضطراب مستوى الطموح ، عدم وضوح أهداف الحياة ، عدم وضوح فلسفة الحياة ، التمركز حول الذات ، وجود مفهوم الذات السالب ، وجود محتوى خطير فى مفهوم الذات الخاص .



الفصل الرابع

الفحص والتشخيص والمآل

* الفحص.
* التشخيص.
* المآل.



شكل (٧٢) فحص ودراسة الحالة

الفحـــص
EXAMINATION

الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح. ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج، من حيث أهميتها وهدفها وشروطها، ومصادر المعلومات والبيانات، وخطوات الفحص (انظر أيوالت وآخرون .Ewalt et al، ١٩٥٧، روبرت واطسون Watson، ١٩٦٣، ماستر Master، ١٩٦٧).

هدف الفحص:

وهدف الفحص هو فهم شخصية العميل ديناميا ووظيفيا، والوقوف على نواحى قوته ونواحى ضعفه، وتحديد اضطرابات الشخصية التى تؤثر على سعادته وهنائه وكفايته وتوافقه النفسى والاجتماعى، وعلاقاته بالآخرين خاصة الأقرب إليه، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

ويجب أن يؤدى الفحص الدقيق الموضوعى بقدر الإمكان إلى تشخيص قائم على أساس تاريخ العميل، وأسباب اضطرابه وأعراض مرضه فى ضوء ظروف حياته، والعوامل التى تدخلت فى بناء شخصيته، والصعوبات التى واجهها، ونمط سلوكه.

شروط الفحص:

يجب أن تراعى فى عملية الفحص الشروط الآتية:

دقة وموضوعية الفحص، وهى من الأمور التى يجب أن يحرص عليها المعالج من أجل الوصول إلى التشخيص الدقيق، ومن أجل تقييم عملية العلاج بعد القيام بذلك، حيث يمكن إعادة بعض الاختبارات مثلا لملاحظة مدى التغير الذى طرأ على حالة العميل.

بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق حتى عن طريق الخطابات أو التليفون أو القيام بزيارات فعلية للطبيب المعالج أو المنزل أو المدرسة أو العمل... إلخ.

حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص، ومساعدة المعالج حتى يستطيع أن يساعده، ويلاحظ أن المريض العقلى قد لايشكو من المرض رغم أنه مصاب بمرض خطير. وكثيرا ما يكون فحص المريض متعذرا بسبب مايبديه من مقاومة وعدم تعاون. وقد يكون المريض نفسه مغلقا غير قادر ـ إما بسبب الجهل أو نقص المعرفة ـ على إمداد المعالج ببعض البيانات والمعلومات، فقد يرفض التعاون والتجاوب والكلام ويقاوم عملية الفحص [1]. ومثل هذه الحالات تحتاج إلى مهارة

(١) قد يستدعى الحال فى فحص المريض المغلق المقاوم غير المتعاون الاستعانة بالتنويم وعقاقير مثل أميتال صوديوم حتى ينخفض الوعى وتتحرر العناصر المكبوتة وتظهر.

فائقة من المعالج فى عملية الفحص. وهناك فرق بين المريض أهل الثقة الذى يتمتع بالبصيرة وبين المريض الذى لايتمتع بذلك.

سرية المعلومات. وهذا أمر ضرورى ويجب أن يؤكده المعالج للعميل حتى يتحدث بحرية وثقة فى جو آمن وخاصة أن بعض المعلومات والبيانات قد تثير متاعب قانونية أو اجتماعية.

تنظيم المعلومات، وهذا يجعل تفسيرها دقيقا ويكفل الحصول على صورة كاملة للشخصية.

تقييم المعلومات التى يحصل عليها المعالج.وعليه أن يحدد ما إذا كانت حقائق ثابتة أو احتمالات. ويمكن أن يقاس صدق العميل بسؤاله بعض الأسئلة التى لايمكن الإجابة عنها بالنفى. ويلاحظ أن العميل قد ينكر بعض الحقائق المعروفة. وهنا يهمنا الموقف الانفعالى المتصل بهذه الحقائق. ويجب أيضا مراجعة بعض المعلومات مع الأهل والأقارب والأصدقاء والجيران ومن يهمهم الأمر. فقد يهمل العميل ذكر بعض المعلومات الهامة، وقد يضلل المعالج أو لا يمده بمعلومات كافية، وقد ينكر المرض، وقد يكون مضطرب البصيرة لا يدرك طبيعة مرضه أو مشكلاته ومن ثم لا يتعاون لا فى الفحص ولا فى العلاج.

وفيما يلى بعض **الملاحظات العامة** التى يجب أن يضعها الفاحص فى حسابه أثناء عملية الفحص:

* معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى ومن يسأل.
* إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية.
* التأنى فى الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية.
* التثبت وتجنب التخمين أو الاستنتاج الخاطىء.
* الاعتدال وعدم الإفراط فى تطبيق القواعد العامة على حالة العميل الخاصة.
* وضع مبدأ الفروق الفردية فى الحسبان والنظر إلى العميل كإنسان فرد له شخصيته.
* سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد.
* التأكد من توافر الأدلة الكاملة على السلوك المرضى عند العميل.
* الاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة التى تؤثر على سلوك العميل وعلى حياته.
* تجنب «أثر الهالة» فى الحكم على العميل أى أثر الفكرة العامة عن العميل أو الفكرة السابقة عنه أو صفة معينة بارزة فيه أو امتيازه فى ناحية معينة.
* تقدير العوامل المسببة والأعراض فى ضوء ماورد فى الفصلين السابقين من هذا الكتاب.

وسائل الحصول على المعلومات:

تتعدد وسائل الحصول على المعلومات الكمية والنوعية والتى تتعلق بحياة المريض وشخصيته ووضعه حسب الناحية التى نريد معلومات عنها. ومن المهم أن تكون هذه الوسائل دينامية وأن تكون

وسائل وليست غايات. ومن المعروف أنه لاتوجد وسيلة شاملة، أو جامعة مانعة، ولكن وسائل جمع المعلومات يكمل بعضها بعضا، ويؤكد بعضها البعض.

وأهم وسائل الحصول على المعلومات مايلي:

المقابلة: Interview

المقابلة **هي الوسيلة الأولية الأساسية في الفحص والتشخيص. وهي علاقة اجتماعية مهنية** وجها لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات لازمة. أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم فيها التساؤل عن كل شيء.

وتتم المقابلة بين المعالج وبين المريض ومن يتصل بهم أو يهمهم أمره من أهله وأقاربه وأصدقائه وجيرانه وزملائه.

ويجب **الإعداد الجيد للمقابلة** بما يضمن أن تكون نتائجها مثمرة. ويجب كذلك أن يكون المريض أثناء المقابلة مسترخيا واثقا في المعالج بينهما علاقة طيبة مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد، وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول والتسامح. ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الإصغاء بائعا ماهرا للصداقة. ويجب أن تخلو المقابلة من الأمر والنهي والإيحاء واستعجال المريض أو إكمال حديثه، وألا تتخذ صورة التحقيق.

ومن أنواع المقابلة: المقابلة المبدئية (التي تمهد للمقابلات التالية)، والمقابلة القصيرة (التي لا تستغرق وقتا طويلا)، والمقابلة الفردية (التي تتم بين المعالج ومريض واحد فقط)، والمقابلة الجماعية (التي تتم مع جماعة من المرضى)، والمقابلة المقيدة أو المقننة (التي تكون مقيدة بأسئلة مقننة)، والمقابلة الحرة التي تكون غير مقيدة بأسئلة وموضوعات أو تعليمات).

ومن أنواع المقابلة **حسب هدفها:** مقابلة المعلومات، والمقابلة العلاجية (الكلينيكية) والمقابلة الشخصية.

ومن أنواع المقابلة **حسب الأسلوب المتبع فيها:** المقابلة المركزة حول المريض، والمقابلة المركزة حول المعالج.

ويتم **اجراء المقابلة** في خطوات وعلى مراحل مرنة تبدأ بالإعداد المرن لها وتحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها وبدئها بداية متدرجة مشجعة وتكون الألفة والتقبل وحسن الإصغاء وملاحظة سلوك المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة وفي الوقت المناسب، وإنهائها إنهاء متدرجا عند تحقق هدفها.

الملاحظة: Observation

هى الملاحظة العلمية المنظمة للوضع الحالى للمريض فى قطاع محدود من قطاعات سلوكه فى مواقف الحياة اليومية الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعى ومواقف الإحباط وغير ذلك مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى فى حياة المريض.

ومن أنواع الملاحظة: الملاحظة المباشرة (وجها لوجه مع المريض)، والملاحظة غير المباشرة (دون اتصال مباشر مع المريض)، والملاحظة المنظمة الخارجية (يقوم بها المعالج ومساعدوه)، والملاحظة المنظمة الداخلية (من الشخص نفسه لنفسه)، والملاحظة العرضية أو الصدفية (العابرة العفوية غير المقصودة)، والملاحظة الدورية (على فترات زمنية محدودة)، والملاحظة المقيدة (بمجال أو موقف وبنود وفترات معينة).

ويجب مراعاة **عوامل نجاح الملاحظة** مثل: السرية والموضوعية والدقة والخبرة، والشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات، ونقاط القوة والضعف، وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا.

ولإجراء الملاحظة **خطوات** أساسية أهمها: الإعداد والتخطيط المحكم، وتحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة، وإعداد دليل للملاحظة، واختيار عينات سلوكية ممثلة، وإجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر مع الاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره.

دراسة الحالة: Case Study

وهى وسيلة أو أسلوب لتجميع المعلومات التى يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض، وهى تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبرات المريض، وهى وسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيفها وتلخيصها ووضع وزن كلينيكى لكل منها.

وتعتبر دراسة **تاريخ الحالة** جزءا من دراسة الحالة تتضمن موجزا لتاريخ الحالة كما يكتبه المريض وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى - أى أنها تعتبر بمثابة قطاع طولى لحياة المريض يختص بماضيه وتتبع حياته.

ويعتبر الحصول على معلومات عن **تطلعات المريض إلى المستقبل** جزءا هاما من دراسة الحالة يفيد فى المطابقة بين حاضر المريض ونظرته المستقبلية.

ولكى تنجح دراسة الحالة لابد من مراعاة **عوامل نجاحها** مثل التنظيم والدقة فى تحرى المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل.

وتعطى دراسة الحالة فكرة عامة شاملة عن المريض فى ضوء إطار معيارى منظم لها يتضمن المعلومات والبيانات العامة والشخصية والحالة الجسمية والصحية والعقلية المعرفية والنواحى

الاجتماعية والانفعالية، وتطور النمو، والنواحي العامة والمشكلة والملخص العام والتفسير والتشخيص والتوصيات والمتابعة.

مؤتمر الحالة: Case Conference

هو اجتماع يضم كل أو بعض الأشخاص الذين يهمهم أمر المريض وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به ومستعد للتطوع والإدلاء بها وتفسيرها وإبداء بعض التوصيات بموافقة المريض.

ومن أبرز أعضاء مؤتمر الحالة هيئة العلاج والأخصائيون، ويطلق على المؤتمر في هذه الحالة «**مؤتمر الأخصائيين**» وإذا ضم إلى جانبهم آخرين ممن يهمهم الأمر من غير الأخصائيين يسمى «**مؤتمر الأخصائيين وغيرالأخصائيين**». وقد يقتصر المؤتمر على «المعالج والمريض والوالد». وقد يكون المؤتمر خاصا بمريض واحد أو بعدد من المرضى.

ومن عوامل نجاح مؤتمر الحالة: عقده في حالة الضرورة فقط، وموافقة المريض، ومراعاة المعايير الأخلاقية، وجعل الحضور اختياريا، وإثارة اهتمام الحاضرين في جو غير رسمي مع مراعاة التخصصات.

ويتطلب عقد مؤتمر الحالة إعدادا خاصا لخطة أو جدول أعماله وأن يفتتح وتدور جلسته بحيث تؤدي إلى تحقيق الهدف وهو جمع المعلومات عن المريض وبيئته وتقييم حالته العامة مع تقديم التحليل والتفسير والتوصيات اللازمة.

الاختبارات والمقاييس: Tests and Measures

تعتبر الاختبارات والمقاييس النفسية **من أهم وسائل جمع المعلومات**.ومما يبرز أهميتها اهتمام الكثير من العيادات النفسية بإعداد مايسمى «برنامج الاختبارات والمقاييس» الذي يتضمن عددا متنوعا متكاملا من الاختبارات والمقاييس والاستبيانات وموازين التقدير الفردية والجماعية في شكل وحدة أو مجموعة أو «بطارية» لقياس الذكاء والقدرات والاستعدادات والتحصيل والشخصية والميول والقيم والاتجاهات والتوافق والصحة النفسية واختبارات ومقاييس التشخيص... إلخ. وتتنوع الاختبارات والمقاييس بين التحريرية واللفظية وغير اللفظية والعملية والفردية والجماعية واختبارات ومقاييس السرعة والقوة والأداء. وتضم كذلك العديد من الأجهزة. وإلى جانب ذلك يجب الاهتمام بالفحوص المعملية حسب ما يتطلبه الأمر في عملية الفحص والتشخيص.

ومن **الشروط** المعروفة اللازم توافرها في الاختبارات والمقاييس: الصدق، والثبات، والتقنين، والموضوعية، وإظهار الفروق الفردية، وسهولة الاستخدام، وتعدد الاختبارات والمقاييس مع الاعتدال في استخدامها.

ويتطلب **إجراء الاختبارات والمقاييس** النفسية مراعاة بعض الأمور الأساسية مثل: اختيار أنسبها حسب الحالة وحسن اختيار الأخصائي الذى يقوم باجرائها وتفسير نتائجها وإثارة دافعية المريض لأخذها فى مكان ومناخ نفسى مناسب.

السيرة الشخصية: Autobiography

يطلق عليها البعض اسم **«التقرير الذاتى»** Self report أو هى بالأحرى «تقرير ذاتى عن السيرة الشخصية»، وهى عبارة عن **«قصة الحياة»** أو **«رواية الحياة»** كما يكتبها المريض عن ذاته بقلمه. وهى وسيلة شبه إسقاطية يتناول فيها المريض معظم جوانب حياته فى الماضى والحاضر وتاريخه الشخصى والأسرى والتربوى والجنسى، والخبرات والأحداث الهامة فى حياته ومشاعره وأفكاره وانفعالاته، وميوله وهواياته وقيمه وأهدافه، ومطامحه وآماله، وخططه للمستقبل وفلسفة وأسلوب حياته، ومشكلاته وإحباطاته وصراعاته، ومستوى توافقه وعلاقاته الاجتماعية واتجاهاته، ومفهومه عن ذاته.

وقد تكون السيرة الشخصية شاملة لمدى واسع من الخبرات أو متمركزة حول موضوع محدد. وقد تكون محددة بخطوط عريضة وموضوعات رئيسية ومسائل هامة، أو قد تكون حرة غير محددة.

وتتنوع **مصادر السيرة الشخصية** لتشمل الكتابة المباشرة والمذكرات الشخصية والمذكرات اليومية والمذكرات الخاصة والمستندات الشخصية والانتاج الأدبى والفنى.

ومن **عوامل نجاح السيرة الشخصية**: استعداد ورغبة ورضا المريض وتحمله المسئولية فى الكتابة وصدقه وترتيب مادة الكتابة زمنيا وتحديد التواريخ والأماكن والشخصيات فى اعتدال مع ضمان السرية الكاملة للمعلومات.

وتتم كتابة السيرة الشخصية عادة فى إطار **دليل** يحدد خطوطها الرئيسية فى مكان وزمان مناسبين بحيث تكون الكتابة فى حرية ثم يناقش محتوى السيرة الشخصية مع كاتبها ويفسر ويحلل كميا وكيفيا.

السجل القصصى: Anecdotal Record

ويطلق عليه أحيانا **« السجل القصصى الواقعى»** أو **«السجل القصصى المشهدى»**.وهو تسجيل موضوعى لشهد من مشاهد سلوك المريض فى الواقع فى موقف معين كما هو كقصة واقعية أى أنه صورة كتابية أو عينة سلوكية مكتوبة وقتيا عند حدوث الواقعة السلوكية يسجل الراوى ويقص ماشهد بالضبط فى الواقع.

وقد يضاف إلى السجل القصصى **تعليق وتفسير وتوصيات**.

ويتوقف **نجاح السجل القصصى** على تعدد التسجيلات بحيث تغطى عينة ممثلة من المواقف والخبرات والأحداث وتعطى صورة متعددة الجوانب للشخصية والسلوك. هذا بالإضافة إلى حسن اختيار هذه المواقف والخبرات والأحداث.

ويجب أن يكون إجراء السجل القصصى وقتيا، يتضمن وصف السلوك وكتابته بأكبر قدر ممكن من الموضوعية، كما حدث فعلا.

السجل المجمع: Cumulative Record

وهو الوسيلة الرئيسية لتجميع المعلومات. **وهو** سجل مكتوب يجمع ويلخص المعلومات التى جمعت عن طريق كافة الوسائل فى شكل مجمع تتبعى أو تراكمى مرتبا زمنيا على مدى بضع سنوات. وهو بهذا يعتبر مخزن معلومات يتضمن أكبر قدر منها فى أقل حيز ممكن.

ويشمل السجل المجمع كل المعلومات عن المريض وحالته وبيئته، وشخصيته وملخص السجلات القصصية، ونتائج الاختبارات والمقاييس، والفحوص والبحوث الطبية وغيرها، وهكذا يتضمن السجل المجمع معلومات تعطى صورة طولية وعرضية كاملة عن المريض. وقد يقتصر السجل المجمع على صفحة واحدة، وقد يكون متعدد الصفحات.

ومن عوامل نجاح السجل المجمع: الشمول مع الاعتدال والانتقاء والاستمرار والمعيارية والدقة والبساطة والتنظيم والحفظ فى سرية تامة وفى أيد أمينة.

دليل فحص ودراسة الحالة:

يحتاج الفاحص إلى دليل للفحص يتناول بنوده الواحد تلو الآخر. ويجب أن ينظر إليه كدليل مرن غير مقيد حرفيا. وفى الاسترشاد بدليل الفحص يجب أن يتصرف الفاحص فى الأسئلة وجمع البيانات والمعلومات.

فليس من الضرورى أن يتناول الفحص كل الفقرات المذكورة حرفيا وبجمود ويجب أن يضع الفاحص فى حسابه أثناء عملية الفحص سن وجنس وثقافة العميل. فعملية الفحص تختلف فى حالة طفل يعانى من مشكلة سلوكية عنها فى حالة راشد ذهانى مثلا. ويجب التصرف فى أسلوب الكلام والأسئلة حسب ثقافة العميل، فقد يكون الحديث كله بالعامية وقد يحتاج إلى بعض الشرح. وفى حالة فحص أنثى يجب حذف بعض الفقرات التى تنطبق على الذكور فقط والعكس. كذلك الحال بالنسبة للعميل المتزوج والأعزب والطفل والشيخ والعميل المتهم والعميل العادى... وهكذا. وإذا لاحظ الفاحص أن العميل استرسل فى ناحية من النواحى فيجب مسايرته ـ باعتدال ـ وأخذ ملاحظات إضافية بذلك. (حامد زهران، ١٩٧٦).

البيانات العامة:

* **العميل:** الاسم والجنس وتاريخ ومحل الميلاد والعمر والديانة والجنسية وعنوان السكن ورقم التليفون، والمدرسة أو الكلية أو المعهد أو المؤسسة وعنوانها ورقم تليفونها والصف الدراسى ومستوى التعليم والمهنة، والحالة الاجتماعية وعدد الأولاد.
* **الوالدان:** الاسم والعمر والمهنة والمستوى التعليمى والعنوان ورقم التليفون.

* **ولي الأمر:** الاسم والعمر والمهنة والمستوى التعليمي والعنوان ورقم التليفون ونوع القرابة.
* **الإخوة والأخوات:** (بالترتيب حسب الميلاد) الاسم والعمر والمدرسة أو المهنة والمستوى التعليمي.
* **الزوج أو الزوجة:** الاسم والعمر والمهنة والمستوى التعليمي.
* **الأولاد** (بالترتيب حسب الميلاد): الاسم والعمر والمدرسة أو المهنة والمستوى التعليمي.
* **الأفراد الذين يعولهم:** الاسم والعمر ونوع القرابة والمدرسة أو المهنة والمستوى التعليمي.
* **الأقارب والأخرون الذين يعيشون مع الأسرة:** الاسم والعمر ونوع ودرجة القرابة والمدرسة أو المهنة والمستوى التعليمي.
* **الآخرون الذين يمكن الاستفادة بهم:** الاسم والعمر ونوع القرابة والمدرسة أو المهنة والمستوى التعليمي والعنوان ورقم التليفون.
* **محيل الحالة أو جهة الإحالة:** الاسم والعنوان ورقم التليفون وسبب الإحالة وتاريخها.

المشكلة أو المرض الحالي:

* **تحديد المشكلة أو المرض:** على لسان العميل أو الأب أو الأم أو ولى الأمر، والزوج أو الزوجة، وقريب أو صديق، وكما ورد فى خطاب الإحالة.
* **أسباب المشكلة أو المرض:** على لسان العميل، والأب أو الأم أو ولى الأمر، والزوج أو الزوجة، وقريب أو صديق، وكما وردت فى خطاب الإحالة.
* **أعراض المشكلة أو المرض:** على لسان العميل، والأب أو الأم أو ولى الأمر، والزوج أو الزوجة، أو قريب أو صديق، وكما ورد فى خطاب الإحالة.
* **تاريخ المشكلة أو المرض:** تاريخ الظهور لأول مرة، والأوقات التى يقل فيها الظهور.
* **طريقة حل المشكلات:** هروب أو مواجهة أو انهيار أو لجوء إلى أخصائيين أو لجوء إلى غير المختصين.
* **الجهود الإرشادية والعلاجية السابقة:** لحل المشكلة وعلاج المرض.
* **التغيرات التى طرأت على الحالة:** نتيجة لمرور الوقت، أو العلاج.
* **المشكلات أو الأمراض الأخرى:** نفسية وطبية.

الفحص النفسي:

* **آخر فحص نفسى:** تاريخه واسم الأخصائى وعنوانه ورقم تليفونه وإمكانية سؤاله عن الحالة.
* **الإصابة السابقة بالمرض النفسى:** المرض والعمر والمدة والعيادة أو المعالج والنتائج.

* **الأمراض النفسية فى الأسرة:** الاسم والعمر والمرض والمدة والعيادة أو المعالج والنتائج.
* **الذكاء[(١)]:** الاختبارات، ونسبة الذكاء.
* **القدرات العقلية[(٢)]:** الاختبارات والمقاييس، والنتائج.
* **الشخصية[(٣)]** الاختبارات والمقاييس، وملخص النتائج.
* **اضطرابات الشخصية:** اضطرابات سمات الشخصية، واضطرابات نمط الشخصية، واضطرابات الشخصية العامة، واضطرابات الشخصية الأخرى.

---

(١) من اختبارات ومقاييس الذكاء فى مصر مايلى:

ـ مقاييس ستانفورد بينيه للذكاء وضعه أصلا ألفريد بينيه Binet وراجعه تيرمان وميريل Terman & Merril وعربه وعدله اسماعيل القبانى، كذلك اقتبسه وأعده محمد عبدالسلام أحمد ولويس كامل مليكه. وهو مقياس عالمى ويناسب كل الأعمار من عامين إلى الراشد والمتفوق.

ـ مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال تأليف دافيد ويكسلر Wechsler، اقتباس وإعداد محمد عماد الدين اسماعيل ولويس كامل مليكه.

ـ اختبار الذكاء الابتدائى إعداد اسماعيل القبانى ويتكون من قسمين متكافئين. ويناسب الأعمار من ٧ ـ ١٥ سنة.

ـ اختبار عين شمس للذكاء الابتدائى: إعداد عبدالعزيز القوصى وهدى برادة وحامد زهران. ويناسب الأعمار من ٧ ـ ١٢ سنة.

ـ اختبار رسم الرجل: وضع فلورنس جوديناف Goodenough وبحث مصطفى فهمى (فى مصر). ويناسب الأعمار من ٦ ـ ١٢ سنة. وقنن الاختبار فى معظم البلاد العربية. واشترك المؤلف فى تقنينه فى البيئة السعودية.

ـ اختبار ذكاء الأطفال. تأليف إجلال سرى. ويناسب الأعمار من ٣ ـ ٩ سنوات.

ـ اختبار ذكاء الشباب «اللفظى». تأليف حامد زهران. ويناسب المرحلتين الإعدادية والثانوية.

ـ اختبار ذكاء الشباب «المصور». تأليف حامد زهران. ويناسب المرحلتين الإعدادية والثانوية.

ـ اختبار الذكاء الإعدادى: إعداد السيد خيرى. ويناسب الأعمار من ١٠ ـ ١٧ سنة.

ـ اختبار الذكاء الثانوى. عمل اسماعيل القبانى: ويناسب الأعمار من ١٢ ـ ١٨ سنة.

ـ اختبار ذكاء العميان وضعاف البصر: إعداد حامد زهران وفتحى عبدالرحيم. ويناسب الأطفال والشباب فى المراحل الابتدائية والاعدادية والثانوية.

ـ اختبار الذكاء المصور: إعداد أحمد زكى صالح ويناسب الأعمار من ٨ ـ ١٧ سنة

ـ اختبار الذكاء غير اللفظى: اقتباس وإعداد عطية هنا. ويناسب الأعمار من ٦ ـ ١٦ سنة.

ـ اختبار الزمالك للذكاء. تأليف محمد كامل النحاس.

ـ اختبار كاتل للذكاء. وضع ريموند كاتل Cattell وإعداد أحمد سلامة وعبدالسلام عبدالغفار. ويناسب الشباب فى المرحلتين الإعدادية والثانوية.

ـ اختبار الذكاء العام والقدرة على حل المشكلات: تأليف اليسون ديفز وكينيث إيلز اعداد وتمصير مصطفى فهمى وآخرون

ـ مقياس ويكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين: تأليف ويكسلر، اقتباس واعداد لويس كامل مليكة. ويناسب الأعمار من ١٥ ـ ٦٠ سنة

ـ اختبار الذكاء العالى: أعداد السيد خيرى، ويناسب المرحلة الجامعية.

ـ الاختبارات العملية للذكاء. مثل اختبار الإزاحة وضع اليكساندر Alexander ويناسب الأعمار من ٣ ـ ١٧ سنة، ولوحة سيجان Seguin وتناسب الأعمار من ٤ ـ ١٣ سنة، واختبار بناء المكعبات ويناسب الأعمار من ٦ ـ ١٦ سنة، واختبار رسوم المكعبات ويناسب الأعمار من ٥ ـ ٢٠ سنة، ومتاهات بورتيوس وتناسب الاعمار من ٣ ـ ١٤ سنة.

(٢) من اختبارات ومقاييس القدرات فى مصر مايلى:

ـ اختبار القدرات العقلية الأولية. إعداد أحمد زكى صالح ويناسب الأعمار من ١٣ ـ ١٧ سنة.

ـ اختبار الاستعداد العقلى للمرحلة الثانوية والجامعات: إعداد رمزية الغريب. ويناسب المرحلتين الثانوية والجامعية.

ـ ومن اختبارات القدرات المفردة: اختبار القدرة العددية، إعداد محمد عماد الدين اسماعيل وسيد مرسى، واختبار القدرة الكتابية تأليف محمد عبدالسلام أحمد، واختبار التفكير المجرد، إعداد محمد عبدالسلام أحمد، واختبار الطلاقة اللفظية إعداد عبدالسلام عبدالغفار، واختبار الاستدلال اللغوى، إعداد محمد عماد الدين اسماعيل وسيد مرسى، واختبار القدرة الفنية للمصورين والرسامين، تصنيف محمد عماد الدين إسماعيل. واختبارات سيشور Seashore للقدرات الموسيقية إعداد آمال صادق.

(٣) انظر: اختبارات ومقاييس الشخصية ص ٨٠ ـ ٨٣.

* **الصحة النفسية والتوافق النفسي**[١]: الاختبارات والمقاييس، وملخص النتائج.

* **الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض**[٢]: اضطراب النمو (الحمل - الولادة - الرضاعة - الطفولة - البلوغ الجنسي والمراهقة - الزواج أو الحالة الزواجية - سن القعود - الشيخوخة)، الصراع، الإحباط، الحرمان، إخفاق حيل الدفاع النفسي، الخبرات السيئة أو الصادمة، العادات غير الصحية، أخرى.

* **الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض**[٣]: اضطرابات الإدراك (الهلوسات - الخداع - أخرى)، اضطرابات التفكير (اضطراب تكوين الفكر - اضطراب مجرى التفكير - اضطراب محتوى الفكر)، اضطرابات الذاكرة (حدة الذاكرة - فقد الذاكرة أو النسيان - خطأ الذاكرة - أخرى) اضطرابات الانتباه (زيادة الانتباه - قلة الانتباه - تحول الانتباه أو السرحان - السهيان - الانشغال)، اضطرابات الإرادة (اضطراب اتخاذ القرارات - اضطراب الفعل الإرادي - اضطراب الدافعية)، اضرابات الكلام (اضطرابات الكلام العامة - عيوب طلاقة اللسان - اضطراب كم الكلام - اضطراب سريان الكلام اضطراب تكرار الكلام - صعوبات النطق - اضطراب الصوت - أخرى)، اضطرابات الانفعال (القلق - الاكتئاب - التوتر - الفزع - التبلد - اللامبالاة - التناقض الانفعالي - عدم الثبات الانفعالي - انحراف الانفعال - الزهو أو المرح - النشوة أو التجلي - الوجد - مشاعر الذنب الشاذة - الاستثارية - أخرى)، اضطرابات الحركة (النشاط الزائد - النشاط الناقص - النشاط المضطرب - النشاط المتكرر أو النمطية - الجمدة أو التصلب - اللازمات الحركية - الآلية - السلبية - القهر - العدوان - المقاومة - النفور)، اضطرابات المظهر العام (النمط الجسمي - تعبيرات الوجه - حالة الملابس - حالة الشعر - الوضع أي الوقفة أو الجلسة)، اضطرابات التفهم (اضطراب الإدراك الواعي - اضطراب إدراك مضمون الشعور)، اضطرابات البصيرة، الاضطرابات العقلية المعرفية (تدهور الذكاء - التدهور العقلي المعرفي)، اضطرابات الشخصية اضطرابات سمات الشخصية - اضطراب نمط الشخصية - اضطرابات الشخصية العامة)، اضطرابات السلوك الظاهر (السلوك الشاذ الغريب - الجناح)، اضطرابات الغذاء (الإقلال - البطء - الإفراط - الشره)، اضطرابات الإخراج (البوال - سلس البول - الإسهال أو الإمساك العصبي)، اضطرابات النوم (الزيادة - الأرق - أخرى)، سوء التوافق (الصحي - الشخصي - الاجتماعي - الأسري - نحو موضوعات مادية - نحو الموميسات - نحو الذات - انحراف الدرجة - مظهرية - إجرائية - إجرامية - حيوانية - نادرة - أخرى)، أعراض نفسية وجسمية (أعراض هستيرية - أعراض نفسية جسمية)، أعراض عامة (الحساسية النفسية - عدم التدين - ضعف الأخلاق - نقص الميول والهوايات - اضطراب مستوى الطموح - عدم وضوح أهداف وفلسفة الحياة - التمركز حول الذات - مفهوم الذات السالب - مفهوم الذات الخاص ومحتوى خطير).

---

(١) انظر: اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسي ص ٢٥ - ٢٦

(٢) راجع الأسباب النفسية في الفصل الثاني.

(٣) راجع الفصل الثالث

* **الأمراض النفسية:** العصاب: (القلق - توهم المرض - الضعف العصبي - الهستيريا - المخاوف - عصاب الوسواس والقهر - التفكك - الاكتئاب)، الذهان (الفصام - الهوس - ذهان الهوس والاكتئاب - الهذاء أو البارانويا)، الاضطرابات النفسية الجسمية، ذهان الشيخوخة.

البحث الاجتماعي:

* **آخر بحث اجتماعي:** تاريخه واسم الأخصائي وعنوانه ورقم تليفونه وامكانية سؤاله عن الحالة.
* **المشكلات الاجتماعية السابقة:** المشكلة والسن والمدة والشدة والنتائج والأخصائي.
* **المشكلات الاجتماعية في الأسرة:** الاسم والسن والمشكلة والمدة والشدة والنتائج والأخصائي.
* **الأسرة:** بالنسبة لكل من الأب، والأم، والزوج (أو الزوجة) وزوجة الأب إن وجدت، وزوج الأم إن وجد، يبحث (الاسم - السن - توافقه النفسي - صحته العامة - اتجاهه نحو العميل - اتجاه العميل نحوه - علاقة العميل به - مركزه الاجتماعي - ميوله - توافقه الزواجي)، العلاقات بين الوالدين (مضطربة - خيانات - مشكلات - انفصال - طلاق - أخرى)، العلاقة بين العميل والوالدين (مضطربة - أساليب خاطئة في التربية - أخرى)، العلاقة بين العميل والقرين (مضطربة - خلافات - خيانات - مشكلات - انفصال - طلاق - أخرى)، بالنسبة لكل من الإخوة والأخوات، والأولاد، والأقارب الذين يعيشون مع الأسرة، يبحث (الاسم - السن - توافقه النفسي - صحته العامة - اتجاهه نحو العميل - اتجاه العميل نحوه - علاقة العميل به - مركزه الاجتماعي - ميوله)، بالنسبة للعلاقات الاجتماعية بين العميل والإخوة والأخوات وبين العميل والأولاد، وبين العميل والأقارب الذين يعيشون مع الأسرة، يبحث (الاضطراب - أساليب التربية الخاطئة - الكراهية - العدوان - أخرى)، أسباب الاضطراب الأخرى في الأسرة، الوضع الاقتصادي العام في الأسرة (الدخل الشهري - المنصرف الشهري - المشكلات الاقتصادية)، حالة السكن (نوعه - عدد الحجرات - كثافة الحجرة - مكان نوم العميل - الشروط الصحية)، الاتجاه العام للأسرة.
* **المدرسة:** بدء المدرسة (التاريخ - السن - الحضانة أو الروضة أو المدرسة - رد الفعل عند بدء المدرسة) المدارس التي درس بها في كل المراحل (ابتدائي وإعدادي وثانوي وعالي - اسم المدرسة أو الكلية - السنوات التي قضاها بها - الميل العام نحو المدرسة - الميل العام نحو المواد الدراسية - مدى الاهتمام بالعمل المدرسي - مستوى التوافق المدرسي العام - التقدير)، المواد التي درسها أو يدرسها حديثا (مواد محبوبة - مواد غير محبوبة - مواد سهلة - مواد صعبة - التقدير في كل منها)، بالنسبة لكل المراحل ابتدائي وإعدادي وثانوي وعالي يبحث: العلاقة بين العميل وبين مدرسيه وأساتذته، والعلاقة بين العميل وبين زملائه، والتعاون بين الأسرة وبين المدرسة، وأسباب الاضطراب الأخرى في المدرسة، ملاحظات أخرى على المدرسة (الهوايات وأوجه النشاط)،

المواهب والمهارات الخاصة، أنواع التفوق (العلمى - الاجتماعى - الرياضي)، المشكلات فى المدرسة (الغياب - الهروب - الكسل - العدوان - الانطواء - أخرى)، المواقف الشاذة فى المدرسة (فى الفصل - أثناء اللعب - فى الرحلات)، كيف يستجيب (للفشل - للنجاح)، الخطط الدراسية للمستقبل.

* **المهنة:** المهنة الحالية (ماهى - الدرجة - جهة العمل - تاريخ بدء العمل - الأجر فى الشهر - مدى الاستقرار - درجة الرضا - مدى التقدم مدى الشعور بالمسئولية - العلاقة بالرؤساء - العلاقة بالعملاء - مستوى التوافق المهنى - الغياب عن العمل وأسبابه)، المهن السابقة (المهنة - الدرجة - جهة العمل - تاريخ بدء العمل - السنوات التى قضاها فى المهنة - الغياب وأسبابه - تغيير المهنة وأسبابه)، أسباب الاضطراب فى المهنة ، ملاحظات أخرى على المهنة، المطامح المهنية المستقبلة، الخطط المهنية المستقبلة.

* **المجتمع:** الجيرة (المستوى الاجتماعى الاقتصادى العام - العلاقة بالجيرة - التوافق الاجتماعى مع الجيرة)، الأصدقاء والرفاق (السن - الجنس - العدد - المستوى الاجتماعى الاقتصادى - التوافق الاجتماعى معهم، الجماعات التى ينتمى إليها غير الأسرة والمدرسة والعمل) - (علاقاته الاجتماعية بها، مستوى توافقه معها، المجتمع الخارجي)،أسباب سوء التوافق الاجتماعى العام مع المجتمع الخارجي)، أسباب سوء التوافق فى المجتمع (الأصدقاء والرفاق - مشكلات الأقليات - تدهور نظام القيم الكوارث الاجتماعية - أخرى)، ملاحظات أخرى (المشكلات الاجتماعية الرئيسية - أوجه النشاط الاجتماعى - مدى الاشتراك فى بناء المجتمع - السمات الاجتماعية للعميل).

* **عام:** أسباب الاضطراب الحضارية والثقافية، الدين ، الميول والهوايات واللعب والترويح، مستوى الطموح، هل حقق أهدافه فى الحياة، هل له فلسفة واضحة فى الحياة.

الفحص الطبى:

* **آخر فحص طبى:** تاريخه واسم الفاحص وعنوانه ورقم تليفونه وإمكانية سؤاله عن الحالة.
* **الإصابة السابقة بالأمراض الجسمية:** المرض والسن والمدة والشدة والنتائج والعيادة أو المعالج.
* **العمليات الجراحية السابقة:** العملية والسن والنتائج والعيادة أو الجراح.
* **الأمراض الجسمية فى الأسرة:** الاسم والسن والمرض والمدة والشدة والنتائج والعيادة أو المعالج.
* **الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة:** المرض والمصابون به ودرجة قرابتهم للعميل .

* **الإصابات والجروح السابقة:** فى الجسم وفى الجهاز العصبى.
* **الحالة الجسمية العامة:** الصحة العامة، النمط الجسمي (نحيف - رياضى - بدين)، العاهات وضروب العجز والتشوهات الخلقية (كيف يعوضها - الاتجاه نحوها).
* **بيانات ومعلومات أساسية:** النبض ، الحرارة ، ضغط الدم، الطول، الوزن، الرأس (المحيط - الطول - العرض - الارتفاع)، الجمجمة (الشكل - النمو العظمى الخارجى - الإصابات)، الرقبة، الحلق، اللسان، الأسنان.
* **أجهزة الجسم:** الجهاز الدورى (القلب - الأوعية الدموية - الأمراض)، الجهاز التنفسى (الصدر - الرئتان - الأمراض)، الجهاز الهضمى (المعدة - الأمعاء - الكبد ... إلخ - الأمراض)، الجهاز العضلى والهيكلى (الحركات النشطة - الحركات الشاذة - التآزر - الإيقاع العضلى - قوة قبضة اليد - استخدام اليد - هيئة المشى - الأمراض)، جهاز الغدد (زيادة إفرازها - نقص إفرازها - الأمراض) الجهاز البولى (فحصه - الأمراض) الجهاز التناسلى (فحصه - الأمراض)، الجلد (فحصه - الأمراض).
* **الحواس :** البصر (حدته - رؤية الألوان - مجال الإبصار - الأمراض)، السمع (حدته - الأمراض)، الشم ، التذوق ، اللمس.
* **العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية:** الأمراض (المعدية - المزمنة - أمراض المخ - أمراض الجهاز العصبى الأخرى - أخرى)، التسمم (الخارجي - الداخلي).
* **فحوص طبية أخرى:** فحص الدم، فحص البول، فحص الأمصال، الأشعة السينية، الرسم الكهربائى للقلب، الرسم الكهربائى للمخ، الأشعة المقطعية للمخ... إلخ.

الفحص العصبى:

* **آخر فحص عصبي:** تاريخه واسم الأخصائى وعنوانه ورقم تليفونه وإمكانية سؤاله عن الحالة.
* **الإصابة السابقة بالأمراض العصبية:** المرض والسن والشدة والنتائج والعيادة أو المعالج.
* **الأمراض العصبية فى الأسرة:** الاسم والسن والمرض والمدة والشدة والنتائج والعيادة أو المعالج.
* **الأمراض العصبية الوراثية فى الأسرة:** المرض والمصابون به ودرجة قرابتهم للعميل.
* **المخ:** الفحص (استخدام اختبارات لقياس الذكاء والتوجيه والذاكرة والانتباه والتركيز واختبارات الاستدلال على تلف المخ)، الإصابة (نوع الإصابة - منطقة الإصابة - النزيف أو الإصابة الطارئة - أخرى)، فحص الفصوص (الفص الجبهى - الفص الجانبى - الفص الصدغى - الفص الخلفى)، الإصابة (الضعف العقلى وضعف التفكير والذاكرة وصعوبة الرسم والكتابة وصعوبة الأعمال البصرية الحركية). (راجع أشكال ٣٦ - ٤١ ص ٨٨).

* **الأعصاب المخية:**

١ ـ الشمي (الفحص : شم بن، الإصابة: خشم وهلوسات شمية).

٢ ـ البصري (الفحص: حدة الإبصار ومجال الإبصار وقاع العين ورؤية الألوان، واستجابة حدقة العين للضوء، الإصابة: ضعف وفقد قوة الإبصار وانحصار قوة الإبصار في الأشياء الأمامية فقط أو اليمنى فقط أو اليسرى فقط).

٣ ـ محرك العين المشترك (الفحص: حركة العين في كل الاتجاهات واستجابة الحدقة للضوء، الإصابة: الحول وشلل التحديق إلى أي ناحية).

٤ ـ الاستعطافي (الفحص: حركة العين أسفل وخارجا، الإصابة: ارتخاء الجفن وازدواج الرؤية).

٥ ـ ثلاثي الوجوه (الفحص: القوة الحركية للعضلات الماضغة والصدغية وحس الجانبين في الجبهة والصدغ والذقن، الإصابة: فقد الإحساس فوق الجبهة والصدغ والذقن وفقد التذوق في ثلثي اللسان الأمامين وضعف العضة).

٦ ـ المبعد (الفحص: حركة العينين، الإصابة: الحول وارتعاش المقلة والجحوظ).

٧ ـ الوجهي (الفحص: الابتسام وتجعيد الجبهة وفتح العين بالقوة حال قفلها والتصفير بالفم ونفخ الشدقين وكز الأسنان مع فتح الفم وإحساس التذوق في ثلثي اللسان الأماميين بتذوق الملح، الإصابة: الشلل الوجهي وشلل عضلات الجبهة وتعذر الكلام وتعذر المضغ والوجه المقنّع وفقد حاسة التذوق في ثلثي اللسان الأماميين).

٨ ـ السمعي الاتزاني (الفحص: مقياس السمع «الأوديومتر» أو دقات الساعة وشوكة رنانة «توصيل الهواء + توصيل العظمة الحلمية» واختبار التوازن، الإصابة: الصمم والدوار وفقدان التوازن).

٩ ـ اللساني البلعومي (الفحص: التذوق في الثلث الخلفي للسان والانعكاس البلعومي والبلع والصوت، الإصابة: فقد الذوق في الثلث الخلفي للسان وفقد انعكاس الحنجرة والبلع).

١٠ ـ المتجول أو الرئوي المعدي (الفحص: حالة الحنك واللهاة عند نطق «آه» والقدرة على نطق الحروف المتحركة والانعكاس الحنكي وحالة الحنجرة والقلب والتنفس والهضم، الإصابة: شلل الحبال الصوتية والبحة وعسر الكلام وفقدان الانعكاس الحنكي وصعوبة البلع والتنفس واضطراب ضربات القلب واضطراب إفراز المعدة والأمعاء).

١١ ـ الإضافي (الفحص: إدارة الرأس جانبا ضد المقاومة ورفع الكتفين ضد المقاومة، الإصابة: التواء العنق وضعف إدارة الرأس جانبا وصعوبة رفع الكتف أو خفضه).

١٢ ـ تحت اللسان (الفحص: حجم وشكل وحركة اللسان وعينة من الكلام، الإصابة: شلل اللسان وتعذر الكلام). (راجع شكل ٤٢ ص٩١).

* **المخيخ**: الفحص: (اختبار الإصبع والأنف وتحويل راحة اليد لأعلى ولأسفل والتصفيق وقفل الأزرة واختبار الكعب والركبة وهز الرجلين والمشية والوقفة)، الإصابة (ترأرؤ العينين وعسر التآزر وارتخاء العضلات وتهزع الجذع).

* **الحبل الشوكي**: ما بعد الأهرام (الفحص: تعبيرات الوجه، المشية والوقفة والتقدم والتراجع، الإصابة: الوجه المقنّع والجمود العضلي والتقلاب والدفع والترجيع)، المجرى الهرمى (الفحص: اختبارات قوة العضل فى قبضة وفتح وقفل ومد اليد وثنى ومد الذراع والساعد والقدم وأصابع القدم والفخذ والرجل وانعكاسات العضلة ذات الرأسين وذات الثلاثة رؤوس والانعكاس البطنى السطحى وانعكاس معلق الخصية وانعكاس نفضة الركبة، الإصابة: الضعف ونشنج العضلات وتشنج المشية والشلل النصفى والرباعى وغيبة الانعكاسات)، العمود الخلفى (الفحص: اختبار الإصبع والأنف «والعين مقفلة»، وحاسة الرسم على الجلد وتجسيم الأشياء، الإصابة: الخدر وفقدان حاسة اللمس العميق وفقدان حس الموضع)، المجرى الشوكى السريرى (الفحص: الألم واللمس السطحى واختبار الحار والبارد، الإصابة: فقدان الإحساس بالألم والحرارة وفقدان اللمس السطحي)، الجذر الحسى (الفحص: الألم السطحى والألم العميق واللمس واختبار رفع الرجل مستقيمة والمشية وضبط المثانة وضبط المستقيم، الإصابة: ألم الجذر والخدر والتنميل وفقدان إحساس الموضع واللمس والحرارة والألم وغياب الانعكاسات)، الجذر الحركى (الفحص: حجم ووقع العضلة واختبارات قوة العضل فى اليد والذراع والساعد والقدم والفخذ والرجل والانعكاسات)، الجذر الحركى (الفحص: حجم ووقع العضلة واختبارات قوة العضل فى اليد والذراع والساعد والقدم والفخذ والرجل والانعكاسات العضلية وضبط المثانة والمستقيم، الإصابة: ضعف عضلات فردية وفقدان الانعكاسات العضلية وضمور العضلات وترهلها).

* **الأعصاب الشوكية**: الفحص: الوخز الموزع فى مناطق الجلد التى تتغذى بالأعصاب الشوكية من الأمام والخلف لتحديد مستوى حدوث الإصابة، الإصابة: فقد الإحساس فى المناطق المصابة أو شلل بها. (راجع شكل ٣٥ ص ٨٦ وشكل ٤٤ ص ٩٣).

* **الجهاز العصبى الذاتي**: الفحص: النبض وضغط الدم واتساع حدقة العين والعرق وحركة الأمعاء وسلامة الأداء الوظيفى لباقى الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتي، الإصابة: اضطراب الأداء الوظيفى للأجهزة التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتي. (راجع شكل ٤٥ص ٩٣).

* **الإحساس**: الإحساس السطحى (الفحص: جانبى الوجه وجانبى الجذع والأطراف العليا والأطراف السفلى « من أسفل إلى أعلى ثم دائريا» الإصابة: الألم والخدر والإحساس المرضى)، الإحساس العميق (الفحص: أصبع اليد الكبيرة وأصبع القدم الكبيرة «الموضع والحركة» والبروزات العظمية فى الأطراف العليا والسفلى وإحساس العضلات وتجسيم الأشياء «التعرف على الأشياء الموضوعة فى اليد والعينان مقفلتان» والإحساسات الذاتية، الإصابة، الألم والخدر والتنميل والإحساس المرضي).

* **فحوص عصبية أخرى:** وتشمل ـ الفحص المنظارى للعين، قياس المجال البصرى الخارجي، الأشعة السينية للجمجمة، الأشعة السينية للعمود الفقري، التصوير الاشعاعى للحبل الشوكي، التصوير الإشعاعى للمخ، رسم المخ، فحص السائل المخى الشوكي.

ملاحظات عامة:

يجب على الفاحصين تدوين ملاحظات أو وضع تقدير على مقياس تقدير ثلاثى أو خماسى لمدى فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص، وفهم التعليمات، والاتجاه نحو الفحص، والاهتمام به، والرغبة فى إجرائه، والجهد الذى يبذله، والانتباه، والتعاون، والقدرة على التعبير عن النفس، ومجرى الحديث والنشاط الجسمي.

ويجب على الفاحص أيضا **ملاحظة السلوك** غير العادى أو الغريب الذى صدر من العميل أثناء الفحص. ومن أمثلة ذلك التمسك بالمعالج والإلحاح فى طلب مساعدته كما فى حالات القلق، والاحتجاج والغضب كما فى حالات الهوس، والسلبية والامتناع والرفض كما فى حالات الفصام، وعدم الاكتراث، كما فى حالات الضعف العقلي.

ملخص الحالة:

يعد ملخص الحالة **فى ضوء** البيانات العامة وتحديد المشكلة أو المرض الحالى والفحص النفسى والبحث الاجتماعى والفحص الطبى والفحص العصبى والملاحظات العامة.

ويشمل ملخص الحالة **التوصيات** التى يضعها الأخصائي، ويكتب اسمه وتوقيعه وتاريخ الفحص.

التشخيص
DIAGNOSIS

مقدمة:

التشخيص عملية هامة فى العلاج النفسي، وهو من صميم عمل المعالج (كلارك كينيدي، ١٩٦٢، أليكساندر Alexander، ١٩٦٣، روبرت واطسون Watson، ١٩٦٣، وولمان Wolman، ١٩٦٥، ألفريد فريدمان وهارولد كابلان Freedman and Kaplan، ١٩٦٧، أناتولى بوتنوف وديميترى فيدوتوف Portnov and Fedotov، ١٩٦٩، كاهن Kahn، ١٩٦٩).

والتشخيص هو الفن أو السبيل الذى يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض. وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المتشعبة كما رأينا فى إعطاء اسم للمرض.

وتتضمن عملية التشخيص كذلك التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه، وهذا له قيمة كبيرة بالنسبة لكل من المريض والمعالج.

* **فحوص عصبية أخرى**: وتشمل ـ الفحص المنظارى للعين، قياس المجال البصرى الخارجي، الأشعة السينية للجمجمة، الأشعة السينية لـلعمود الفقري، التصوير الاشعاعى للحبل الشوكي، التصوير الإشعاعى للمخ، رسم المخ، فحص السائل المخى الشوكي.

ملاحظات عامة:

يجب على الفاحصين تدوين ملاحظات أو وضع تقدير على مقياس تقدير ثلاثى أو خماسى لمدى فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص، وفهم التعليمات، والاتجاه نحو الفحص، والاهتمام به، والرغبة فى إجرائه، والجهد الذى يبذله، والانتباه، والتعاون، والقدرة على التعبير عن النفس، ومجرى الحديث والنشاط الجسمي.

ويجب على الفاحص أيضا **ملاحظة السلوك** غير العادى أو الغريب الذى صدر من العميل أثناء الفحص. ومن أمثلة ذلك التمسك بالمعالج والإلحاح فى طلب مساعدته كما فى حالات القلق، والاحتجاج والغضب كما فى حالات الهوس، والسلبية والامتناع والرفض كما فى حالات الفصام ، وعدم الاكتراث، كما فى حالات الضعف العقلي.

ملخص الحالة:

يعد ملخص الحالة فى ضوء البيانات العامة وتحديد المشكلة أو المرض الحالى والفحص النفسى والبحث الاجتماعى والفحص الطبى والفحص العصبى والملاحظات العامة.

ويشمل ملخص الحالة **التوصيات** التى يضعها الأخصائي، ويكتب اسمه وتوقيعه وتاريخ الفحص.

التشخيص
DIAGNOSIS

مقدمة:

التشخيص عملية هامة فى العلاج النفسي، وهو من صميم عمل المعالج (كلارك كينيدي، ١٩٦٢، أليكساندر Alexander، ١٩٦٣، روبرت واطسون Watson، ١٩٦٣، وولمان Wolman، ١٩٦٥، ألفريد فريدمان وهارولد كابلان Freedman and Kaplan، ١٩٦٧، أناتولى بورتنوف وديميترى فيدوتوف Portnov and Fedotov، ١٩٦٩، كاهن Kahn، ١٩٦٩).

والتشخيص هو الفن أو السبيل الذى يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض. وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المتشعبة كما رأينا فى إعطاء اسم للمرض.

وتتضمن عملية التشخيص كذلك التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه، وهذا له قيمة كبيرة بالنسبة لكل من المريض والمعالج.

وهدف التشخيص هو الحصول على أساس لتحديد العلاج من خلال معرفة العمليات المرضية ونوع الاضطراب العضوى أو الوظيفي. وفى التشخيص نلاحظ أن الأعراض تشير دائما إلى خلل فى التكوين النفسى والجسمى للفرد. ويفيد التشخيص الدقيق فى الاختيار السليم لطريقة العلاج التى تناسب الاضطراب أو المرض.

وقد يكون التشخيص سهلا يصل إليه المعالج فى الحال عند النظرة الأولى أو فى المقابلة الأولى، وخصوصا كلما زادت خبرته العلاجية. وقد يكتفى المعالج بإجراءات قليلة فى عملية الفحص، ولكن يجب أن نؤكد هنا أن على المعالج أن يتأنى قبل أن يضع التشخيص.

ويحتاج التشخيص بصفة عامة والتشخيص الفارق بصفة خاصة إلى **تدريب متخصص** على مستوى عال وإعداد فنى وممارسة طويلة. وقد يقتضي الأمر فى بعض الحالات الصعبة أن يلجأ المعالج إلى استشارة أخصائى آخر أو أكثر أو أن يجرى فحوصا متخصصة وغير ذلك مما يعين فى عملية التشخيص.

ويلاحظ أن بعض المرضى ينهارون عند **سماع التشخيص**، وقد يبالغون فى حالتهم التى قد تزداد سوءا ويقعون فريسة لمزيد من الأفكار المرضية. وقد يهرع المريض إلى قراءة الكتب عن الأمراض النفسية والعلاج النفسى فيخطىء فى فهم وتفسير وتطبيق ما كتب أصلا للمتخصصين مما يزيد الحال تعقيدا. ولذلك يجب على المعالج إذا وجد أن المريض من هذا النوع أن يتصرف فيخفف من وقع التشخيص عليه.

أهمية التشخيص المبكر:

كلما كان تشخيص المشكلة أو المرض مبكرا كلما كانت فرصة **نجاح العلاج** أفضل. وهناك كثير من الأعراض والأمراض يمكن ملاحظتها بسهولة وفى مرحلة مبكرة مثل العاهات الجسمية والحسية والعقلية الشديدة. وهناك فى نفس الوقت أعراض وأمراض **لا تظهر** على الفور مثل التأخر الدراسى وسوء التوافق، أو ينالها الإنكار والتجاهل مثل العصاب والذهان، وهكذا تظل بعيدة عن التشخيص المبكر حتى تتفاقم آثارها ويصبح علاجها باهظ التكاليف طويل المدى وأحيانا يكون صعبا.

وهذا يدعو إلى التعاون الكامل بين **الوالدين والمربين والأخصائيين**، أى فى الأسرة والمدرسة والعيادة النفسية حتى تكتشف المشكلات وتشخص الأمراض فى وقت مبكر بحيث يتسنى اتخاذ التدابير الخاصة الفعالة تجاهها فى وقت مناسب.

التشخيص الفارق: Differential Diagnosis

التشخيص الفارق أو التشخيص التفريقى مصطلح مستعار من الطب، وهو يقوم على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين أو أكثر لتقدير أى منهما هو الذى يعانى منه المريض. ويحتم التشخيص الفارق على المعالج سواء كان معالجا نفسيا أو طبيبا نفسيا أن يحيط علما بطرق وأساليب

زميله فى الفحص والتشخيص والعلاج وأن تزال الحدود المصطنعة بين الاثنين حيث أن هدفهما واحد وهو علاج الحالة.

ومن أهم **دواعى الاهتمام بالتشخيص الفارق** حالات الأمراض نفسية المنشأ والأمراض عضوية المنشأ وحالات الاضطرابات النفسية والاضطرابات الجسمية وحالات الأمراض الجسمية التى يصاحبها اضطرابات نفسية والأمراض النفسية الجسمية. وهذا أمر له أهميته البالغة لأنه فى ضوء هذا التفريق تتحدد طريقة وإجراءات العلاج.

فمثلا حالة مثل الصرع يلزم التفريق بين ما إذا كان صرعا هستيريا أم صرعا عضويا. ولكل منهما أعراض فارقة. ففى الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنوبة فى وسط الناس ويقع فى مكان آمن ونادرا ما نجد فيه إصابة ولا يعض لسانه ولا يتبول أثناء النوبة، ولا تختفى الانعكاسات لديه، ويكون رسم موجات المخ الكهربائية سليما. أما فى الصرع العضوى فإن النوبة تباغت المريض فى أى مكان ودائما نجد فيه إصابات وكسورا وجروحا وقد يعض لسانه وقد يتبول أثناء النوبة، وتختفى الانعاكسات، ويكون رسم موجات المخ الكهربائية مضطربا.

وعلى العموم **فإن التشخيص الفارق يتطلب الاهتمام بما يلي:**

* التعرف الواضح على أسباب المرض.
* التفريق بين الاضطرابات العضوية والاضطرابات الوظيفية.
* تقييم درجة الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفي.
* اكتشاف رد فعل الشخصية تجاه الاضطراب.
* تقدير شدة الأعراض لأن الفرق بين الشخصية المريضة والشخصية السوية من حيث الأعراض فرق فى الدرجة وليس فى النوع.
* اتباع الأساس العلمى والإحصائى فى تصنيف وتحليل المعلومات.
* تحديد فرض تشخيصى دينامى بخصوص طبيعة المرض.
* تحدد مآل المرض.
* تحديد نوع وأسلوب العلاج الذى يجب أن يتبع.

مصادر الخطأ فى عملية التشخيص:

يلاحظ فى عملية الفحص أنه توجد مجموعة من الاستجابات يدل وجودها أو عدم وجودها على وجود أو عدم وجود العرض أو المرض الذى نحاول أن نشخصه. وقد أطلق سميدزلوند Smedslund (١٩٦٩) على هذه المجموعة من الأعراض اسم **«استجابة الأعراض»**.

وقد يخطىء المعالج فيفسر غياب استجابة الأعراض كدليل على غياب المرض، أو قد يفسر وجود استجابة الأعراض كدليل على وجود المرض. فقد يكون المرض موجودا لدى المريض ولكنه يفشل فى إظهار استجابة الأعراض.

ويمكن **تفسير الخطأ** في وجود استجابة الأعراض بما يلي:

* عدم فهم التعليمات، وعدم فهم المصطلحات، وعدم فهم طبيعة عملية التشخيص.
* عدم فهم المعلومات الأخرى التي تعطى أثناء عملية الفحص.
* نسيان التعليمات والمعلومات الأخرى المعطاة.

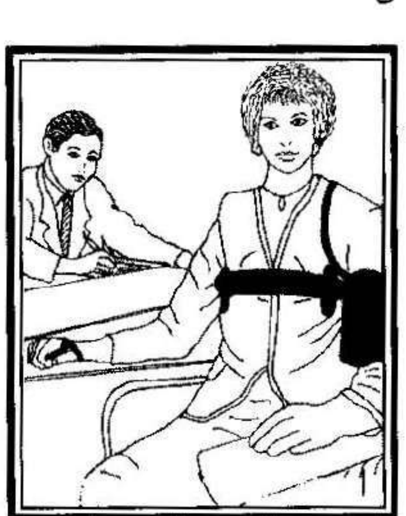
والخطأ قد يحدث حين يخطىء المعالج في التشخيص حين يعطى العميل «استجابة الأعراض» رغم أنه غير مريض.

ويمكن تلخيص **أسباب ذلك** فيما يلي:

* التخمين، أو الاعتماد على الصدفة، أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع.
* الكذب وعدم إظهار الحقيقة فيما يدلي به المريض من معلومات في المقابلة أو في الاختبارات النفسية.
* الإدراك المباشر، فقد يدرك العميل الحل الصحيح دون السير في عمليات بينية يهدف المعالج الكشف عنها.
* العمليات غير المتعلقة بالموضوع التي تبحث أو تتعلم في موقف الفحص.

وفيما يلي **طرق التغلب على مصادر** الخطأ في التشخيص:

* للتغلب على عدم فهم التعليمات: يجب إفهام العميل معنى المصطلحات والكلمات الخاصة، والتأكد عمليا من فهم التعليمات جيدا.
* للتغلب على عدم فهم المعلومات الأخرى التي تعطى أثناء عملية الفحص: يجب التأكد من انتباه المفحوص باستمرار والاستعانة بالدليل العملي على ذلك.
* للتغلب على نسيان التعليمات والمعلومات الأخرى المعطاة: يجب اختصار التعليمات وسهولتها ووضوحها وتكرارها والتأكد من أن العميل يتذكرها.
* للتغلب على التخمين أو الاعتماد على الصدفة أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع: يجب التغلب بالطرق الإحصائية على أثر التخمين ووجود عدد كبير من الفقرات، وإحداث توزان عكسي، والتوزيع العشوائي للفقرات.
* للتغلب على مشكلة الكذب: يمكن أن يتضمن كل اختبار نفسي مقياسا للكذب يعرف بمقياس «ك» Lie Scale ويمكن استخدام جهاز كشف الكذب في بعض الحالات (انظر شكل ٧٣).



شكل (٧٣) جهاز كشف الكذب

* للتغلب على مشكلة الإدراك المباشر: يجب التثبت من صحة الإدراك، والتفرقة بين المعنى الظاهرى للإدراك وبين واقع المثير المدرك، وتجنب وجود أى نوع من الخداع فى فقرات الاختبار.

* للتغلب على العمليات غير المتعلقة بالموضوع التى تبحث أو تتعلم فى موقف الفحص: يجب تحاشى تعميم أو نقل استجابة سابقة إلى استجابة لاحقة.

التشخيص فى حالة الأطفال:

يحتاج التشخيص فى حالة الأطفال إلى إشارة خاصة هنا، وذلك للأسباب الآتية:

* الطفل ما زال ينمو ولم يصل بعد إلى تمام نضج الشخصية جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا.

* السلوك العادى وغير العادى عند الأطفال يختلف عنه لدى الكبار.

* المشكلات النفسية الخاصة بالأطفال تختلف مع النمو، ولذلك يجب أن يهتم المعالج بدراسة علم نفس النمو.

وهناك فرق كبير بين تشخيص وعلاج الأطفال وبين تشخيص وعلاج الكبار. فنحن نجد أن قدرة الطفل على ضبط والتحكم فى بيئته محدودة واعتماده على الكبار كبير وتأثيرهم عليه ملحوظ. وكم من حالات أطفال عرضت فى العيادات النفسية، وعند فحصها وتشخيصها نجد أن المريض ليس هو الطفل ولكنه أحد الوالدين أو كلاهما، أى أن **مرض الطفل يعتبر عرضا لمرض أحد الوالدين أو كليهما.**

وفى التشخيص فى حالة الأطفال يحسن أو يجب **الاعتماد على تقارير الكبار** وخاصة الوالدين (وبصفة أخص الأم) أو ولى الأمر أو الإخوة أو المربين أو الأخصائيين. ويجب التثبت من مدى صدق وثبات ما يدلى به هؤلاء من معلومات عن الطفل، ومدى تطابق ذلك مع ما نحصل عليه من معلومات.

وفى التشخيص فى حالة الأطفال نجد أنه بجانب طرق الملاحظة وتطبيق الاختبارات والمقاييس التى تناسب السن والمستوى العقلي... إلخ ، فإن **اللعب** يعتبر أداة تشخيصية وعلاجية ذات قيمة كبيرة.

التشخيص والأسباب:

يقسم البعض الأمراض النفسية والعقلية **على أساس الأسباب**. ولقد عرفنا أن من النادر أن نضع أيدينا على عامل أو سبب واحد للمرض إلا فى حالات نادرة. ومن الضرورى فى عملية التشخيص التفريق بين الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية والأسباب المهيئة والمرسبة التى أدت إلى المشكلة أو المرض. ويجب ألا نبالغ فى أثر مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى. ويجب

الاهتمام بتحديد الأسباب كما يراها المريض نفسه، وكما يصدق ذلك نتائج الفحص الشامل، لأن ذلك يساعد فى دقة التشخيص ويجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا (راجع الفصل الثاني).

التشخيص والأعراض:

يصنف البعض الأمراض النفسية والعقلية **على أساس الأعراض.**

ولقد عرفنا أنه يمكن التعرف بدقة على الأعراض وعلى **زملة الأعراض.**

وبعض الأعراض قد تكون شديدة واضحة يمكن ملاحظتها بسهولة ومباشرة مثل الهياج، وبعض الأعراض تكون مختفية لا يمكن معرفتها إلا عن طريق التقرير اللفظى من المريض أو مراقبيه مثل الهلوسات. ومن الضرورى فى عملية التشخيص الاهتمام بكل من الأعراض الخارجية والداخلية. ونحن نلاحظ أن العرض الواحد قد يظهر عند شخص نتيجة أسباب عضوية وعند شخص آخر نتيجة أسباب نفسية. ويلاحظ أيضا أن عددا كبيرا من الأعراض قد يكون لها نفس الأسباب، وفى نفس الوقت نجد أن نفس الأعراض قد تظهر مع غيرها مكونة زملة تميز أمراضا متعددة ويجب أيضا تحديد معنى ووظيفة وأهداف الأعراض.

ويجب ألا يقتصر التشخيص على مجرد إعطاء اسم لمجموعة من الأعراض. وهذا بالضبط يقال بالنسبة للعلاج فهو يجب ألا يقتصر على مجرد علاج الأعراض. ويجب الاهتمام بدراسة **العلاقات الدينامية بين الأعراض.** فالأعراض تتغير بينما الربح الذى يجنيه المريض منها يميل إلى أن يكون أكثر ثباتا. والأعراض يكون لها معنى حقيقى عندما نربطها بالشخصية ككل، وهذا يؤدى إلى التشخيص الدقيق (راجع الفصل الثالث).

التشخيص والفحص:

عرفنا أن **الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق** والعلاج الناجح. والفحص الدقيق الذى يؤدى إلى مثل هذا التشخيص يجب أن يكون موضوعيا بقدر الإمكان وشاملا ومن كافة المصادر المتاحة وبكافة الطرق والوسائل الممكنة، ويجب أن تكون المعلومات منظمة وأن يتم تقييمها وأن يكون تفسيرها دقيقا وتلخيصها مؤديا مباشرة إلى التشخيص.

التشخيص والتصنيف:

يجب النظر إلى عملية التشخيص نظرة واسعة تتخطى حدود التعرف على المرض والتشخيص الفارق وتصل إلى التعرف على ما إذا كان المرض نفسى المنشأ أو عضوى المنشأ، نفسيا أو جسميا أو نفسيا جسميا، عصاب أم ذهان. وهكذا يجب أن يصل التشخيص إلى **تصنيف المرض** وتحديد وضعه بالنسبة لباقى الأمراض النفسية.

وهكذا نجد أن تصنيف المرض النفسى **يعتبر دليلا هاما** للمعالج فى كل من التشخيص والعلاج. وإلى جانب ذلك فإنه يعتبر أمرا ضروريا حين يكتب المعالج تقريره عن حالة المريض أو حين يحوله إلى أخصائى آخر.

التشخيص والتفسير:

يتحدث البعض عن التشخيص على أنه ذو **مرحلتين** أولاهما **وصف** المعلومات التى نحصل عليها من المريض أثناء عملية الفحص، وثانيتهما **تفسير** هذه المعلومات. والتشخيص الذى نصل إليه لابد أن نلقى عليه الأضواء التى تفسره من واقع المعلومات التى حصلنا عليها.

وتتم عملية التفسير فى التشخيص عن طريق **فرض عدد من الفروض** المتعلقة بالأسباب ومحاولة إثبات كل منها أو استبعاده.

ويدخل فى عملية التفسير الاستناد إلى نظرية أو أكثر من **نظريات الشخصية والعلاج النفسى** مثل التحليل النفسى أو النظرية السلوكية أو نظرية الذات... إلخ. ولكل من هذه النظريات وجهة تطل بها على المريض، وتتضمن كل منها عددا من المفاهيم التشخيصية قد تتفق أو تختلف مع زميلاتها فى النظريات الأخرى لدرجة معينة. وعلى العموم فإنه ينبغى على المعالج أن يلاحظ المفاهيم التشخيصية المشتركة فى معظم نظريات العلاج النفسى.

التشخيص والعلاج:

يرتبط التشخيص بالعلاج. وينظر الكثيرون من المعالجين النفسيين إلى عملية الفحص والتشخيص والعلاج كعملية متصلة، حتى وإن قام بالفحص والتشخيص أكثر من أخصائى فإن العلاج أيضًا عادة ما يقوم به فريق من الأخصائيين. وهذه العمليات الثلاث متصلة مستمرة متداخلة، فأثناء عملية الفحص والتشخيص قد تحدث فوائد علاجية نتيجة لما يقوم به المعالج لكى يحقق الألفة بينه وبين المريض ـ من حيث تهدئة المريض وإزالة مخاوفه وتصحيح مفاهيمه... إلخ.

ويرى البعض أن **عملية التشخيص تدخل فى صميم عملية العلاج** ولا تقتصر على كونها مجرد تمهيد له. فالمريض يشعر بالثقة ويكتشف الحقائق عن نفسه ويزداد فهمه لشخصيته ويستريح لبوحه بمشكلاته وتخصله من التوتر، ويطمئن بمجرد شعوره بانتقال المسئولية إلى المعالج الذى يعرف الآن المشكلة والذى شخص المرض. وهنا يشعر كل من المعالج والمريض أن شيئا قد تم وأنجز. فأسباب المشكلة أو المرض والأعراض قد وضحت والمرض قد شخص وتحدد طريق العلاج وزاد الأمل فى الشفاء.

اختبارات التشخيص النفسي:

يجب الاستعانة بالعديد من الاختبارات والمقاييس التى تستخدم فى عملية التشخيص والتى سبق الإشارة إليها. ومنها: **اختبار التشخيص النفسي**. تأليف حامد زهران. ويقيس ١٤ نوعا من

الاضطرابات والأمراض النفسية العصابية والذهانية بقصد التشخيص النفسي، وهي: القلق، توهم المرض، الضعف العصبي، الخواف، الهستيريا، الوسواس والقهر، التفكك، الاكتئاب، الهوس، الفصام، الهذاء، المرض النفسي الجسمي، الاضطرابات الجنسية، السيكوباتية. ويناسب الشباب والكبار.

المـــآل
PROGNOSIS

يمكن القول إن الفحص يتناول ماضي المرض وحاضره (ماذا حدث وماذا يحدث)، وإن التشخيص يتناول حاضر المرض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما المآل فإنه يتناول **مستقبل المرض** (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره.

ويتضمن المآل التنبؤ الذي يتحدد في ضوء بداية المرض وأسبابه وأعراضه ومكاسبه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه، وشخصية المريض وتوافقه وبيئته وظروف حياته وصحته العامة.

ومثل المعالج عندما يحدد المآل مثل الطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل أي بمآل العملية التي سيقوم بإجرائها فيحدد نسبة النجاح المحتمل إن شاء الله.

وتهدف عملية تحديد المال إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع، وتحديد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح، وتحديد حد مرن للنجاح يساعد في تقييم عملية العلاج.

التنبؤ بمستقبل المرض:

وعلى العموم فإن مآل المرض **يكون أفضل** في الحالات التالية:

* كلما كانت بداية المرض مفاجئة وحادة.
* كلما كان ظهور المرض حديثا ومدته قصيرة قبل بدء العلاج (في خلال ستة أشهر).
* إذا عرفت الأسباب المهيئة بدقة وعرف سبب مرسب محدد .
* عندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة.
* إذا كانت الأعراض غير حادة.
* كلما كانت الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية من المرض قليلة.
* إذا تناول الفحص جميع النواحي النفسية والاجتماعية والطبية والعصبية.
* إذا كان التشخيص دقيقا.
* إذا بدأ العلاج مبكرا وقبل حدوث أي تدهور في الشخصية.
* إذا كان العلاج سليما وبأسلوب الفريق النفسي والطبي والاجتماعي.

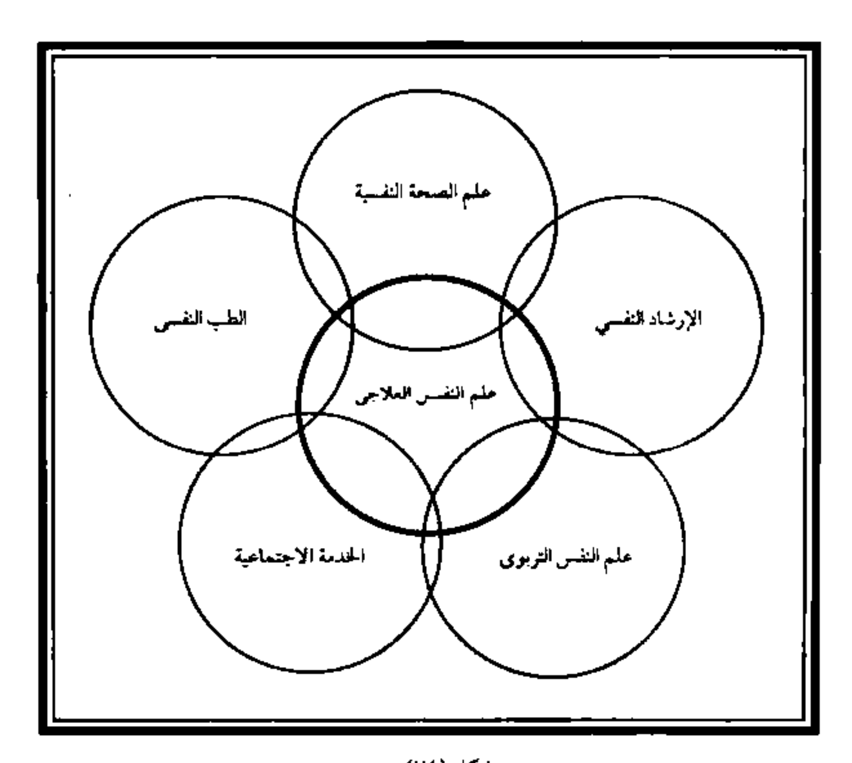
* إذا تحمل المريض مسئولياته فى العملية العلاجية وكان تعاونه صادقا.
* كلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة وناضجة نسبيا.
* كلما كان للمريض تاريخ من التوافق العام والشخصى والاجتماعى والتربوى والمهنى والجنسي.
* عندما تكون البيئة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية للمريض بعد العلاج أفضل.
* عندما تكون بصيرته أفضل.
* عندما يقبل بنفسه طالبا العلاج.
* عندما تكون ظروف حياته أحسن.
* عندما تكون صحته العامة سليمة.

الفصل الخامس

العـــلاج النفســـى

PSYCHOTHERAPY

* مفاهيم عامة في العلاج النفسي.
* عمليةالعلاج النفسي.
* ملاحظات في العلاج النفسي.
* طرق العلاج النفسي.
  - التحليل النفسي.
  - العلاج السلوكي.
  - العلاج المركز حول العميل.
  - الإرشاد العلاجي.
  - الاستشارة النفسية.
  - العلاج النفسي الجماعي.
  - العلاج الاجتماعي.
  - العلاج بالعمل.
  - العلاج باللعب.
  - العلاج النفسي المختصر.
  - العلاج الطبى النفسى.
  - العلاج النفسى الدينى.
  - العلاج النفسى التدعيمى.
  - العلاج بالقراءة.
  - العلاج العقلانى ـ الانفعالى
  - العلاج بالواقع.
  - العلاج النفسى بالفن.
  - العلاج بالموسيقى.



شكل (٧٤)

علم النفس العلاجي والعلوم المتصلة به

مفاهيم عامة في العلاج النفسي[١]

قال الله تعالى: «**الذي خلقني فهو يهدين. والذي هو يطعمني ويسقين. وإذا مرضت فهو يشفين**». (سورة الشعراء: آيات ٧٨ ـ ٨٠).

تعريف العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج ـ وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا ـ بالعمل علي إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته علي خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل.

والعلاج النفسي هو **أقدم أنواع العلاج**، فهو قديم قدم البشرية نفسها ولكنه مر في مراحل تاريخية تطورية أدت به إلى ما هو عليه الآن (راجع الفصل الأول).

وكل منا في حياته اليومية يمارس **العلاج النفسي بطريقة غير رسمية**. فالوالد حين يخفف من ثورة طفل، والفرد حين يهدىء من روع صديق، والشخص حين يحل مشكلة زميل، فإنه بذلك يمارس نوعا من العلاج النفسي. إنه يحاول أن يفهم طبيعة الاضطراب ويتيح فرصة التنفيس ويقوم بالمساندة الانفعالية ويقدم الدعم والمساندة وتنمية البصيرة، وبذلك يعيد التوازن النفسي للطفل أو للصديق أو للزميل. إلا أن هذا لا يقوم على أساس علمي، ويمكن أن نطلق عليه «**علاج المصاطب**».

ويستخدم **العلاج النفسي في عدد من ميادين العلاج**. فهو الأساس في ميدان الصحة النفسية. ويستخدم في الطب النفسي وخاصة العلاج بالأدوية. ويستخدم في ميدان الخدمة الاجتماعية وخاصة العلاج الاجتماعي. ويستخدم في مجال التربية والتعليم وخاصة التوجيه والإرشاد. ويقوم به رجال الدين وخاصة العلاج الديني أو الأخلاقي.

وتتعدد مدارس العلاج النفسي العلمي. وكلها تهدف إلى علاج المريض نفسيا بطرق تتفق مع نظرياتها. ومن المبادىء الأساسية في العلاج أن يستخدم المعالج الطريقة التي تناسب كل حالة على حدة حتى يضمن النجاح. ويجب ألا يقتصر المعالج على طريقة واحدة ويعتبرها طريقة شاملة. فليس لطريقة من طرق العلاج النفسي أفضلية مطلقة على الطرق العلاجية الأخرى بحيث تعتبر «طريقة الطرق». (انظر إيوالت وآخرون. Ewalt et al ، ١٩٥٧، اليكساندر Alexander ، فرازير وكار Frazier and Carr ، ١٩٦٤، وولمان Wolman ، ١٩٦٥، محمد عماد الدين اسماعيل، ١٩٥٩، صبري جرجس، ١٩٦١، عثمان فراج، ١٩٧٠ ، ستيفين لين وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

---

(١) فيلم تعليمي: «علاج الأمراض النفسية».

المعالج النفسي : Psychotherapist

هو الأخصائي الذي **يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج النفسي**. ويتخرج المعالج النفسي في أحد أقسام علم النفس بالجامعة، ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى الدراسات العليا حتى الدكتوراه.

ويدرس المعالج النفسي علميا المواد المتخصصة في الصحة النفسية والعلاج النفسي والإرشاد النفسي وعلم النفس المرضي وعلم النفس الفسيولوجي وقدر كاف من المعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة في عملية العلاج النفسي.

والتدريب العملي والخبرة في العلاج النفسي والإرشاد العلاجي تحت الإشراف ثم مستقلا في العيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسي له أهمية كبيرة في إعداد المعالج النفسي.

ويقوم المعالج النفسي ـ **مع فريق العلاج** ـ بفحص وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية، وعلاج حالات العصاب، والاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية وحالات الذهان. ويشارك المعالج النفسي في عملية الإرشاد العلاجي (حامد زهران ، ١٩٨٠).

حاجة المجتمع إلى العلاج النفسي:

يملأ الصراع والإحباط والحرمان حياة بعض الناس في المجتمع، ويضيق القلق عليهم الخناق، فيعيشون في وحدة وانطواء، ويتطور بهم الحال إلي السلبية واللامبالاة، وقد يصل الحال إلى المرض النفسي الذي يحتاج إلى علاج نفسي متخصص. وكثير من الناس في المجتمع يخطئون في تقدير مشكلاتهم واضطراباتهم وتحديد مرضهم فيظنون أن أمراضهم النفسية ما هي إلا أمراض جسمية. **هؤلاء المواطنون يحتاجون إلى العلاج النفسي** ليساهم في تغيير نمط حياتهم من الضياع والشقاء إلى السعادة والهناء.

إن نظرة المجتمع الحديث إلى المرض النفسي تختلف عن نظرة المجتمع فيما مضى. فقد أصبح المجتمع الحديث ينظر إلى المرض النفسي على أنه مرض يحتاج إلى العلاج شأنه في ذلك شأن المرض الجسمي، ففتحت العيادات النفسية والمستشفيات أبوابها لاستقبال المرضى. إلا أن هذا ما زال في حاجة إلى المزيد من التوسع في ضوء تخطيط علمي لتوفير الأخصائيين في فريق العلاج النفسي.

إن المجتمع بمؤسساته المختلفة في الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام ودور العبادة... إلخ، مسئول عن **عملية التنشئة والتطبيع والاندماج الاجتماعي** للأفراد والجماعات. إن المريض الذي يأتي إلي العلاج النفسي هو ابن مجتمعه ونتاج ثقافته، فهو يتأثر بتقاليده ويساير معاييره وقيمه ويخضع لمحرماته... إلخ. إن المجتمع قد يحدد ما هو واقعي وما هو موضوعي، وقد ينسى ما هو شخصي وما هو ذاتي. وقد يهتم المجتمع بالجماعة أكثر من الفرد، وقد يفرض المجتمع المنافسة والصراع والرقابة الاجتماعية المفرطة، وقد يتطرف في النقد والكف الاجتماعي لسلوك الأفراد.

وقد يتعرض المجتمع لبعض **العوامل الهدامة** التى تؤثر على الصحة النفسية للأفراد مثل الفساد والانحلال وعدم الاستقرار والاضطراب والتفكك والتخلف، وقد يمر المجتمع بظروف تفرض على الفرد التوتروالقلق مثل ظروف الحرب والأزمات الاقتصادية ..... إلخ.

وتعتبر **الوقاية من الأمراض النفسية** من أهم مستلزمات المجتمع نحو أفراده. فقد رأينا فى الفصل الثانى من هذا الكتاب (أسباب الأمراض النفسية) أن الأسباب البيئية الاجتماعية للمرض النفسى كثيرة. وهذه العوامل الاجتماعية المسببة للمرض النفسى يجب عمل حسابها وتصحيحها قبل أن تؤدى بالأفراد فى المجتمع إلى المرض النفسى. وهذه مسئولية اجتماعية فى إطار تحقيق المساواة والعدالة والخدمة الاجتماعية والتأمين الاجتماعى بطريقة مخططة حتى تتحقق الصحة النفسية والصحة الاجتماعية.

وصحيح أن **العوامل الاقتصادية** تلعب دورا هاما فى الموضوع ، حيث أن العلاج النفسى يتكلف أكثر من غيره من أنواع العلاج جهدا ووقتا ومالا. ومعروف أنه ليس فى متناول كثير من الأفراد أن يتحملوا تكاليف العلاج النفسى. وهذا يلقى مسئولية وواجبا على المجتمع أن يكثر من العيادات والمستشفيات النفسية. وخير للمجتمع أن يتحمل تكاليف علاج الفرد المريض سنة فى عيادة نفسية يشفى ويعود بعدها عضوا نافعا لنفسه وللمجتمع بدلا من أن يعوله بقية حياته مريضا مزمنا مقيما فى مستشفى للأمراض النفسية.

وهكذا نرى أن **مسئولية المجتمع فى مجال الصحة النفسية والعلاج النفسى** تعتبر أحد الملامح الرئيسية لوجوده نفسه.

حاجة الفرد إلى العلاج النفسى:

عندما يبدو الشخص مضطرب السلوك بدرجة تخرج عن المعيار العادى للسلوك، مما يعوق حياته العادية وتوافقه الشخصى والاجتماعى ويعكر صفو سعادته، فإنه يكون مضطربا أو مريضا نفسيا يحتاج إلى العلاج، **ويصبح العلاج النفسى ضرورة ملحة**. وقد تكفى استشارة نفسية من معالج نفسى لإزالة الاضطراب، وقد يدعو الأمر إلى التردد على عيادة نفسية لعلاج المرض، وقد تستدعى الحالة علاجا طويلا أو إلى إيداع المريض فى أحد مستشفيات الأمراض النفسية. وتستجيب كل المشكلات السلوكية البسيطة واضطرابات الشخصية وأنواع العصاب وأنواع الذهان والأمراض النفسية الجسمية للعلاج النفسى.

ولا يجوز اللجوء إلى غير المختصين، إذ إن اللجوء إلى غير المختصين. والدجالين ومدعى العلم لا يفيد، فضلا عن أنه قد يكون خطرا محققا (١).

(١) يقول المثل العربى: «اعط القوس باريها» . ويقول المثل العامى «اعطى العيش لخبازه». وجدير بغير المختصين هؤلاء أن يسمعوا قول الشاعر:

يابارى القوس بريا لست تتقنها ... لا تفسدنها وأعط القوس باريها

أهداف العلاج النفسى:

الهدف الأسمى للعلاج ـ مهما تعددت واختلفت المدارس التى ينتمى إليها المعالجون النفسيون ـ هو **تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسى** أى مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الآخرين، والتوافق مع نفسه ومع بيئته راستغلال قدراته حتى يستطيع مواجه مطالب الحياة والواقع والحياة فى سلامة وسلام.

وعلى العموم فإن العلاج النفسى يسعى إلى **تحقيق الأهداف التالية:**

* تهيئة مناخ علاجى وعلاقة علاجية مناسبة.
* إزالة العوامل والأسباب التى أدت إلى المرض.
* علاج أعراض المرض.
* حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها.
* تعديل السلوك غير السوى، وتعلم السلوك السوى الناضج.
* تعزيز الدوافع التى تكمن وراء السلوك السوى الناضج.
* التخلص من المشكلات السلوكية، وزيادة البصيرة بالنسبة لها، وتعليم أساليب مواجهتها مستقبلا.
* التخلص من نواحى الضعف والعجز، وتعزيز وتدعيم نواحى القوة، والتعرف على القدرات وتنميتها.
* تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة (١).
* تغيير مفهوم الذات السالب والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة، وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات.
* تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة.
* زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية وتحقيق تكاملها.
* تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى.
* تعلم أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة، بصورة واقعية.
* زيادة القدرةعلى حل الصراع النفسى والتغلب على الإحباط والتوتر والقلق.
* زيادة تقبل وتحمل المسئولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه.
* العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة.

---

(١) يقول المثل العربى: «ما ضاع من مالك ماعلمك». ويقول المثل العامى «الخسارة اللى تعلم مكسب».

أخلاقيات العلاج النفسي:

أخلاقيات العلاج النفسى جزء لا يتجزأ من أخلاقيات علم النفس وأخلاقيات العلم والأخلاقيات بصفة عامة. وقد وضعت الجمعية المصرية للدراسات النفسية ميثاقا أخلاقيا للمشتغلين بعلم النفس فى مصر، يرجى الالتزام به وتوعيةالآخرين به. (سناء زهران، ١٩٩٦) (١). وفيما يلى كلمة عن أهم أخلاقيات العلاج النفسى:

العلم والخبرة: العلاج النفسى خدمات متخصصة، ومن ثم يجب أن يكون المعالج مؤهلا ومزودا بالعلم والمعرفة المتخصصة المتطورة، والخبرات والمهارات اللازمة لذلك، وأن يكون دائماحريصا على التزود بالمعلومات الأكاديمية وعلى دراية بالدراسات والبحوث فى ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسى.

ترخيص العلاج: ويعطى الترخيص للمعالج من الجهات العلمية والرسمية بعد التأكد من المؤهلات العلمية والعملية فى العلاج النفسى. وقبل الحصول على الترخيص يؤدى المعالج قسم المهنة بأن يراعى الله فى عمله ويراعى أخلاقيات المهنة.

العلاقة المهنية: إن العلاقة المهنية يجب أن تكون محددة فى إطار العلاقةالعلاجية بين المعالج والمريض ويجب أن تكون محكومة فى إطار محدد من المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية وألا تخرج عن حدود هذه المعايير وتلك القيم حتى يجد المريض فيها خبرة حقيقية لعلاقة أخلاقية مع إنسان آخر.

سرية المعلومات: وسرية المعلومات والبيانات أمر بالغ الأهمية فى عملية العلاج النفسى. فالمريض حين يفضى إلى المعالج بأسرار حياته قد يبوح بسلوك يشعره بالذنب أو يدينه قانونا... إلخ. فالمريض قبل أن يبوح بمثل هذه الأسرار يحتاج إلى تأكيد من جانب المعالج أن كل ما يدلى به من معلومات سوف يحاط بإطار كامل من السرية المطلقة وأن أسراره تكون عند المعالج فى أمان تام(٢).

العمل المخلص: فالعلاج النفسى عمل إنسانى يحتاج إلى الإخلاص فى العمل مما يرضى ضمير المعالج حين يقدم كل الخدمات النفسية العلاجية للمريض.

العمل كفريق: والتعاون بين الأخصائيين المختلفين فى عملية العلاج مثل المعالج النفسى والطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعى وغيرهم. فمن المعروف أن معظم الأمراض النفسية لها

---

(١) انظر «الميثاق الأخلاقى للمشتغلين بعلم النفس فى مصر». منشور فى ملاحق كتاب الدورة التأسيسية الأولى للأخصائى النفسى المدرسى. مركز البحوث والدراسات النفسية. كلية الآداب جامعة القاهرة (سبتمبر ١٩٩٦) ص ص ٢٦٧ - ٢٧٤.

(٢) يجب على المعالج فى حالة كتابة بعض المذكرات المختصرة عن الحالة أثناء الفحص وخلال جلسات العلاج أن يعرف المريض بذلك وأن ما يكتبه يكون فى شكل رموز اصطلاحية وأن ذلك ضرورى لدراسة كل نقطة أولا بأول وحتى يعرف مقدار ما تحقق من نجاح وحتى لا ينسى. ونذكر هنا المثل الانجليزى الذى يقول:

«أضعف حبر أفضل من أقوى ذاكرة». The weakest ink is better than the strongest memory.

أسبابها الاجتماعية ومظاهرها الجسمية، وكذلك فإن معظم الأمراض الجسمية لها عناصرها النفسية وآثارها الاجتماعية... وهكذا. وقد أكد المؤتمر الدولى المصرى الأول المنعقد فى القاهرة (مارس ١٩٨٦) فى توصياته على ضرورة الاهتمام بفريق العلاج وإعداد الكوادر المطلوبة للفريق وتدريبهم على العمل الجماعى لزيادة كفاء الخدمة.

احترام الاختصاصات: أى احترام اختصاص الزملاء، وهذا واجب حتى حين يضطر أحد الأخصائيين للقيام جزئيا بعمله.

الاستشارة المتبادلة: والاستعانة بأى أخصائى آخر. فأحيانا يحتاج المعالج إلى مشورة طبيب الأعصاب أو الطبيب الباطنى أو الأخصائى الاجتماعى أو حتى المحامى.

إحالة المريض: إلى أخصائى آخر. وهذا واجب إذا لاحظ المعالج أن الحالة تحتاج إلى علاج متخصص يخرج عن إطار تخصصه. فمن الخطأ أن يحاول المعالج علاج كل شىء.

موضوع التكاليف: وهذا أمر هام ولكنه يجب ألا يتحكم فى عملية العلاج نفسها مهما كانت الظروف، سواء كان العلاج مجانا أو يدفع المريض تكاليفه.

كرامة المهنة: ويجب أن يحافظ المعالج النفسى على كرامة المهنة فى علاقته بالجمهور والمرضى وذويهم وفى سلوكه بصفة عامة.

المريض النفسى: Patient

هو شخص لديه مشكلة أو صعوبة فى التوافق أو اضطراب سلوكى ويحتاج إلى مساعدة متخصصة.

وتتنوع المشكلات التى يسعى المريض النفسى إلى حلها والاضطرابات السلوكية التى يطلب المساعدة فى التغلب عليها. ومن أمثلة هذه المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية: التأخر الدراسى، اضطرابات النوم، أمراض الكلام، مشكلات الزواج، المشكلات الجنسية، القلق، المخاوف، الاكتئاب... إلخ.

والمريض النفسى حين يسعى إلى العلاج النفسى أو يحال إليه، فإن ذلك يكون على أساس أن المشكلة أو الاضطراب وظيفى غير عضوى.

ومن المعروف أن **المريض المستبصر** بمرضه النفسى، الساعى إلى العلاج النفسى لدى المختصين هو أفضل المرضى وأكثرهم استجابة للعلاج واستفادة منه لأن لديه دافعا للسعى إلى العلاج وبدئه والاستمرار فيه والتعاون حتى يتم الشفاء والتمتع بالصحة النفسية.

حقوق المريض النفسى:

يجب أن يلقى المريض النفسى ما يستحقه من رعاية. وقد صدر عن المؤتمر الدولى المصرى الأول

للطب النفسى الذى عقد فى القاهرة (مارس ١٩٨٦) «**إعلان حقوق المريض النفسى**». ويتضمن هذا الإعلان ما يلى:(١) .

١ - المريض النفسى إنسان قبل أن يكون مريضا، ولذلك فلابد أن يعيد المجتمع نظرته إلى هذا المريض خاصة وأن النظرة التقليدية له أنه مريض مضطرب العقل خطر على نفسه وعلى الآخرين. ولهذا يلزم الابتعاد عنه وإبعاد مراكز العلاج الخاصة به عن المجتمع . والاتجاه الحديث فى علاج الأمراض النفسية يهدف إلى توصيل الخدمة العلاجية للمريض النفسى بأيسر الطرق وذلك بأن تكون العيادات النفسية جزءا من باقى عيادات المستشفى العام، وكذلك الأقسام الداخلية لعلاج الحالات التى يستدعى علاجها الإقامة لفترة ما أسوة بباقى التخصصات الطبية الأخرى، وهذا يساعد على محو وصمة المرض النفسى ويحفظ للمريض النفس آدميته.

٢ - المريض النفسى له حق التعليم المناسب لقدراته ومستواه العقلى، وفى حالة تغيبه عن الدراسة بسبب مرضه ينبغى معاملته معاملة خاصة للتغلب على بعض اللوائح الإدارية التى تنظم دراسة الطالب غير المعوق. كما ينبغى على المؤسسات التى تحتفظ بالمريض النفسى لفترة طويلة أن تهيىء له الوسائل التعليمية والتأهيلية المناسبة لقدراته.

٣ - المريض النفسى له الحق فى العودة إلى عمله بعد استقرار حالته المرضية وتعديل ظروف العمل بوسائل التأهيل المختلفة لتتوافق مع قدراته كى يستطيع الاستمرار فى العمل بدلا من أن يصبح عالة على المجتمع . كما يلزم تنفيذ القوانين الملزمة للمؤسسات المختلفة بتشغيل النسبة المقررة من المعاقين ضمن القوى العاملة بهذه المؤسسات.

٤ - المريض النفسى الذى تستدعى حالته الحجز فى مؤسسات خاصة للعلاج طبقا للقانون: يلزم المحافظة على حقوقه المادية والاجتماعية بأساليب إنسانية لا تهدر آدميته ولا تحط من كرامته أثناء مرضه أو بعد معافاته وعودته إلى المجتمع. لذلك يلزم إعادة النظر فى القوانين الخاصة بهذه الحقوق وإزالة القيود التى تحد من قدرة المريض النفسى على التصرف فى شئونه المادية والاجتماعية خصوصا بعد تقدم وسائل علاج الأمراض النفسية التى أمكن بها سرعة عودة المريض إلى الاستقرار النفسى ومباشرة الوظائف النفسية المختلفة.

٥ - المريض النفسى فى حاجة إلى التشجيع على إجراء الفحص الطبى والنفسى قبل الزواج وشرح الاحتمالات الوراثية الخاصة بمرضه طبقا للحقائق العلمية وذلك فى سرية تامة مع الاهتمام بالتوجيه الأسرى والرعاية الاجتماعية اللازمة.

عملية العلاج النفسى

الإجراءات المشتركة فى طرق العلاج النفسى:

يمكن عرض الإجراءات المشتركة فى طرق العلاج النفسى من خلال استعراض عملية العلاج

(١) نشر هذا الإعلان فى «النفس المطمئنة» - مجلة الطب النفسى الإسلامى، العدد التاسع (١٩٨٦) ص ١٩ - ٢٠.

النفسى ذاتها، هذه العملية التى يجب أن تكون متينة الأساس منظمة البناء مخططة الإجراءات فى إطار النظريات القائمة على فهم طبيعة الإنسان.

وفيما يلى **إجراءات العلاج النفسى المشتركة بين** كافة طرقه:

المناخ العلاجى:

يبدأ العلاج النفسى بتهيئة المناخ أو الجو العلاجى المناسب. ويتضمن ذلك إعداد مكان هادىء ومناسب لعملية العلاج، والاتفاق مع المريض على مواعيد العلاج ونفقاته وتبصيره بالدور الذى سيقوم به. ويتطلب العلاج النفسى جوا **يتيح فهم سلوك المريض** كما يفهمه هو ومن واقع إطاره المرجعى. ويتضمن ذلك فهم آراء المريض وأفكاره وانفعالاته ومشاعره ودوافعه وحاجاته واتجاهاته وردود فعله نحو مشكلاته وطرق حلها ومعنى أعراضه وأهدافها.

إن الجو العلاجى **المشبع بالأمن والفهم والتقبل** يعتبر مثيرا لانفعالات سارة ومريحة ويبعث فى المريض الطمأنينة والأمل. وإن استرجاع المريض للمواقف المثيرة للقلق مرة ثانية بطريقة رمزية فى جو نفسى مريح سار يساعد على الربط بين هذه المثيرات وبين الشعور بالراحة الذى يشيع فى الجو العلاجى.

العلاقة العلاجية:

فى المناخ العلاجى المناسب تقوم العلاقة العلاجية. وأول شيء يحدث فى **جلسة العلاج** هو أن يرحب المعالج بالمريض، **ويتحدث المريض إلى المعالج** عن مشكلته ومرضه، **ويستجيب المعالج** للمريض فى بشاشة وتسامح وصداقة وتقبل وتقدير وفهم واحترام ورغبة صادقة فى مساعدته. وسرعان ما يستجيب المريض استجابات تلونها **الثقة المتبادلة والشعور** بالأمن والراحة والأمل والسعادة والتعاون.

ويتحدد فى العلاقة العلاجية **المسئوليات الملقاة على عاتق كل من المعالج والمريض.**

وتتضمن العلاقة العلاجية **التفاعل والاتصال بين المريض والمعالج**. والاتصال هو الوسيلة التى تعزز أو تقوض العلاقة العلاجية. وقد يكون الاتصال بلغات عديدة تشمل الاتصال اللفظى وبالإشارات واللمحات والوضع والملبس، وقد يكون رمزيا له معان ضمنية كامنة تختلف عن معناه الظاهرى. ويوجه المعالج انتباهه إلى مجرى الاتصال بينه وبين المريض، ويختار وينتقى عناصر يركز عليها وعناصر يتخطاها وعناصر يستجيب لها استجابة وقتية مباشرة وعناصر يحتفظ بها جانبا حتى وقت آخر مستقبلا. وتكون استجابات المعالج كلها بناءة فى شكل شرح وتفسير وتوضيح وتأكيد وإيحاء ومشاركة وجدانية... إلخ، وهذا يحتاج إلى تكتيك خاص للوصول إلى الأهداف الاستراتيجية للعلاج. ويجب أن يختار المعالج الوقت المناسب لاستجاباته.

ويؤكد المعالج للمريض أن **سرية المعلومات** أمر مفروغ منه. فأبسط قواعد العلاج النفسى السرية المطلقة، وأن كل ما يقال يلقى من المعالج كل عناية واهتمام.

وتستمر العلاقة العلاجية طوال فترة العلاج الذى يستغرق وقتا. ونحن نعلم أن العلاج النفسى بأى طريقة عملية طويلة حيث إن أنماط السلوك غير السوى التى ثبتت خلال مدة طويلة من الزمن تقاوم التغيير السريع، كذلك فإن إحداث تغير فى الشخصية يحتاج إلى تعلم جديد ونعلم أنماط وعادات سلوكية جديدة، وهذا يحتاج إلى وقت. والوقت المطلوب لإحداث التغيير فى السلوك لا يقاس بالساعات ولكنه يقاس بالخبرات التى مر بها المريض أثناء عملية العلاج. فقد يحقق معالج ومريض تقدما واضحا فى وقت أقصر كثيرا من الوقت الذى يستغرقه نفس المعالج مع مريض آخر. ومن الطرق العلاجية التى تستغرق وقتا طويلا التحليل النفسى(١).

وطالما استمر الاتصال بين المريض والمعالج فإن **العلاقة العلاجية** تزداد ثراء وتصبح أكثر فعالية وانتاجا. ويزداد جهاد كل منهما ونضاله ويستغرقان طول الوقت فى سبيل نجاح العلاج، وتتملك العملية العلاجية تفكير كل منهما، وتسيطر على سلوك المريض فى عمله وفى أوقات فراغه وأثناء نشاطه الاجتماعى.

التداعى الحر: Free-association

التداعى الحر أو «**الترابط الطليق**» هو إطلاق العنان لأفكار المريض وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وإحساساته تتداعى وتسترسل حرة مترابطة تلقائيا دون تخطيط أو اختيار أو تحفظ أو قيد أو شرط ودون تقيد بمعناها أو تماسكها أو تسلسلها وحتى دون التقيد بالمنطق، ومهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو بغيضة أو مؤلمة أو مستهجنة أو سخيفة أوغريبة أو عديمة الصلة بالموضع. إن المريض يذكر كل شىء وأى شىء.

ويهدف التداعى الحر إلى الكشف عن المواد المكبوتة فى اللاشعور واستدراجها إلى حيز الشعور(٢).

وفى التداعى الحر يكون المعالج يقظا لملاحظة انفعالات المريض وحركاته العصبية، أو لما يتورط فيه من **فلتات اللسان** (كلمات الحق التى ترد على اللسان دون قصد أثناء الكلام، ومثلها «**زلات القلم**» أو لما يعتريه من تلعثم وتردد أو تحرج أو تأخر أو تغير شديد أو توقف مفاجىء فى تسلسل التداعى وترابطه، أو لما قد يدلى به من تعليق أو اعتراض على عملية التداعى مما يدل على مقاومة المريض ومحاولته ـ لا شعوريا عادة ـ تجنب مواجهة موقف أو خبرة معينة. وقد يتدخل المعالج أحيانا ليشجع أو يواجه أو يفسر أو يطلب المزيد فى ناحية خاصة، كل هذا كمثير لعملية الاسترسال فى التداعى الحر. ويكون المعالج وكأن له أذنا ثالثة يسمع بها ما لم يذكره المريض، وعينا ثالثة يقرأ بها ما بين السطور.

(١) يحدد بعض المعالجين الجلسة العلاجية بمدة لا تقل عن نصف ساعة ولا تزيد عن ساعة. و بعض أنواع العلاج مثل التحليل النفسى تستغرق حوالى ٣ ـ٥ جلسات فى الأسبوع. وبعض المعالجين يكتفون بجلسة واحدة أسبوعيا. وهذا حسب وقت المعالج وشدة المرض وظروف المريض. وينبغى ألا تكون مواعيد الجلسات متقاربة جدا. ومن المفيد أن يفصل بين كل جلسة وأخرى بضعة أيام لأن ذلك يساعد على منح المريض فرصة تزيد من استبصاره بنفسه.

(٢) يمكن تشبيه هذه العملية بما يحدث فى ماكينة الخياطة حين تنزل الإبرة الظاهرة وفيها خيط مرئى لتلتقط خيطا غير مرئى من «المكوك» الخفى.

وعندما يتم استعادة ما استبعد بطريق الكبت من اللاشعور إلى الشعور فإن ذلك قد يستثير قلق المريض، وهنا يعمل المعالج على تدعيم ذات المريض بدرجة تجعلها قادرة على أن تسيطر على القلق.

وبعد ذلك يتم تفسير كل ما كشف عنه التداعى الحر من مشاعر وأفكار ورغبات واتجاهات وصراعات... إلخ، وعلاقتها بخبرات المريض ومشكلاته، ويساعد المعالج المريض فى الاستبصار بهذه المواد التى لم يكن يعيها.

التنفيس الانفعالى: Emotional Catharsis

تعتبر العلاقة العلاجية السليمة فرصة سانحة للتنفيس الانفعالى. ويعتبر التنفيس أو **التفريغ الانفعالى** بمثابة تطهير للشحنات النفسية الانفعالية وخطوة هامة فى العلاج النفسى. فالتنفيس إجراء ضرورى لتخفيف ضغط الكبت حتى لا يحدث الانفجار وحتى لا يتصدع وينهار بناء الشخصية. ومن المعروف أن الغليان فى باطن الإناء يهدأ إذا كشف الغطاء. وفى العلاج تتاح الفرصة ليفرغ المريض ما بنفسه من انفعالات ويتخلص من التوتر الانفعالى. وقد يصل الحال إلى أن ينفعل المريض فيبكى، ويشاهد هذا غالبا فى حالات الإناث بصفة خاصة. ويحدث هذا حين يتحدث عن صراعاته وإحباطاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحى قلقه وأنماط سلوكه المنحرف فى مناخ علاجى يسوده حسن الإصغاء وتشجيع التعبير عن النفس وفى مناخ آمن خال من الأحكام الأخلاقية واللوم والعقاب(١).

وهناك وسائل كثيرة يستخدمها المعالج لمساعدة المريض فى إجراء التنفيس الانفعالى منها التداعى الحر أو الترابط الطليق.

وقد يستخدم المعالج طريقة **الشرح والتفسير** وتوضيح الحالات الانفعالية بما يتيح الفرصة للمريض لكى يرى هو نفسه وما فى سلوكه وانفعالاته من تناقض يسبب شقائه النفسى.

ويمكن تشبيه عملية التنفيس الانفعالى بعملية **التحنيط** أى سحب الروح الانفعالية من الخبرة المخيفة فتصبح - رغم ظهورها فى حيز الشعور - غير مخيفة. إن الخبرة الانفعالية المتربصة بالفرد مثلها كمثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد. أما عندما تنفس وتفرغ الشحنة الانفعالية تكون مثل الحيوان المحنط، كان وحشا مفترسا يخيف فعلا، ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وتحنيطه فأصبح مع وجوده فعلا لا يخيف.

ويشبه البعض عملية التنفيس الانفعالى بأنها عملية بكاء على كتف المعالج(٢).

ويلاحظ أنه قد **يعوق عملية التنفيس الانفعالى** تدخل انفعالات مؤلمة (مثل الاشمئزاز والخزى والشعور بالذنب والقلق مما يضطر الأنا إلى اللجوء إلى حيل الدفاع النفسى ضد هذه

(١) نذكر المعالج هنا أنه من أصعب الأمور أن يعرف الإنسان نفسه وأن من أسهلها أن يعظ غيره.

(٢) يقول الشاعر:

هم أطلقوا الحزن فارتاحت جوانحهم وما استرحت بحزن فىّ مدفون

الانفعالات المؤلمة مثل الإنكار والتكوين العكسى والإلغاء... إلخ. ولذلك فإن على المعالج أن يهيىء مناخا خاليا من الرقابة يستطيع المريض فيه أن يعبرعن نفسه بحرية وانطلاق مما يهيىء له نقطة البداية للتبصر فى نفسه.

التفسير: Interpretation

يحدث أثناء جلسات العلاج النفسى أن تظهرخبرات تحتاج إلى تفسير. ويتضمن التفسير **إيضاح** ما ليس واضحا **وإفهام** ما ليس مفهوما **واستنتاج** المعانى الكامنة وراء التوريات، **واستدراك** ما نسيه المريض من بين ما يقوله، وقراءة ما بين السطور، **وإعادة** بناء خبرات المريض غير الواضحة.

ويجب أن يكون التفسير واضحا كاملا وصحيحا ومنطقيا حتى يقبله المريض، وفى ضوء النظريات العملية وفى لغة يفهمها المريض.

وقد يكون التفسير صامتا، أى أنه قد يحدث فى عقل المعالج ولا ينقله إلى المريض . وهذا **التفسير الصامت** هام فى فهم حاجات المريض وأساسى فى خطة العلاج.

ويتناول التفسير: العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج، والمواد التى تنكشف أثناء إجراء التداعى الحر، والأعراض المرضية، والسلوك الحالى والماضى للمريض، والسلوك أثناء وخارج جلسات العلاج، والعلاقات الشخصية والاجتماعية مع الآخرين فى الماضى والحاضر، وأهداف الحياة وأسلوب الحياة... إلخ.

ويلجأ المعالج إلى **التفسير لأسباب** عديدة منها: إحداث تغيير فى إدراك المريض للخبرات، وإحداث تغير فى معرفته ومشاعره تجاه نفسه، وإحداث تغير فى سلوكه، وتنمية بصيرته، ومساعدته فى حل مشكلاته، وكشف الصراعات والمساعدة فى حلها، وإبعاد القلق، وتسهيل التداعى الحر، وزيادة اهتمام المريض بعملية العلاج، وشعور المعالج بعمل شيء ملموس للمريض.

ومن أهم معايير **التفسير الصحيح** أنه يحدث آثارا إيجابية فى سلوك المريض منها: تخفيف القلق وتقليل اللجوء إلى حيل الدفاع النفسى، وتناول المشكلات بوضوح أكثر، وظهور معطيات وأبعاد جديدة. هذا ويلاحظ أن التفسير الجزئى قد يضر أكثر مما ينفع، وأن التفسير الخاطىء له آثاره الضارة.

وتتوقف درجة **الوثوق بالتفسير** على تجميع أكبر قدر من المادة والمعطيات المتنوعة ذات الأهمية الخاصة التى يدركها المعالج بخبرته ومهارته والتى ترتبط بشخصية المريض وحالته. فلا شك أن التفسير الذى يقوم على معلومات قليلة يكون أقرب إلى الفرض منه إلى التفسير. ويجب ربط هذه المواد والمعطيات بشخص المريض فى مجموعه وواقعه، وفى ضوء تتابع أحداث حياته ومجموع علاقاته مع البيئة. كذلك يجب تفسير أكبر عدد من الوقائع باستخدام أقل عدد من الفروض.

ومن المهم تقرير **متى يبدأ التفسير**. إن هذا يتوقف على تقدير قدرة المريض على تقبل وتحمل التفسير. فيجب أن يقدم التفسير فى اللحظة السيكولوجية المناسبة لتقبله. وقد يخطىء المعالج - وخاصة إذا أراد الإسراع بعملية العلاج - ويدلى بتفسير مبكر أو فى غير أوانه، وهذا قد يضر أكثر مما ينفع. فقد يؤدى بالمريض إلى حالة من الفزع والقلق واللجوء إلى المقاومة أو الانصراف عن العلاج.

وقد يتطلب الأمر الاستمرار فى **تفسيرات خاصة** رغم فشل المريض فى تقبل أو استيعاب بعض التفسيرات، ذلك لأن هذه التفسيرات تتناول الحياة الانفعالية للمريض ولا يتوقف تقبلها على المستوى العقلى المعرفى فحسب - بل على المستوى الانفعالى أيضا.

ومما يجب الاهتمام به **«مناسبة التفسير»**، وذلك بمراعاة ضرورة أن يتناسب عمق التفسير مع مستوى استيعاب المريض. كذلك يجب ألا يكثر المعالج من التفسير مرة واحدة، بل يجب أن يكون فى شكل «جرعات» مناسبة. ويجب أن يلاحظ المعالج أن اتجاهاته وحركاته لها أهميتها فى هذه الناحية، فكل ما يعبرعنه المعالج بالكلام أو الحركة يعتبر تفسيرا بالنسبة للمريض.

الاستبصار: Insight

وبعد أن يحدث التنفيس الانفعالى وتطفو الانفعالات على السطح وتظهر دوافع السلوك، يستطيع المريض فهمها وفهم نفسه ومعرفة مصادر اضطرابه ومشكلاته ويتعرف على نواحى قوته ونواحى ضعفه وعلى إيجابياته وسلبياته، وبهذا **يزيد استبصار المريض** بخصوص سلوكه المرضى ويصبح أكثر قدرة على التحكم فى هذا السلوك. ولا شك أن فهم الذات يعتبر أمرا بالغ الأهمية بالنسبة للعلاج الناجح.

ويتبع نمو الفهم وزيادة الاستبصار **تفسيرات** من جانب المعالج تمهد للمزيد من التقدم الإيجابى من جانب المريض. وحين تتم محاولة تنمية بصيرة المريض وفهمه لذاته فإن ذلك يجب أن يكون عن طريق نشاط المريض الذاتى الذى يوجهه المعالج بحيث يتحقق تعلم جديد يتغير على أساسه السلوك(١).

التعلم وإعادة التعلم: Learning and Relearning

ويتيح العلاج النفسى للمريض خبرة جديدة سليمة تتيح **تعلم السلوك** السوى وأساليب التوافق النفسى السليم.

ويمكن اعتبار التعلم التدريجى لحرية التعبير وإقامة اتصال مناسب مع الآخرين، عوامل أساسية للعلاج ومعايير لتطوره.

(١) يقول المثل: فقد البصر أهون من فقد البصيرة.

إن المريض النفسى يكتسب سلوكه المرضى أو انحرافه عن طريق تعرضه لخبرات نفسية شخصية واجتماعية غير سليمة. وقد يكون علاجه عن طريق **إعادة تعرضه لخبرات من نوع آخر** أثناء الموقف العلاجى.

وإذا نظرنا إلى الموقف العلاجى كعملية تعلم وإعادة تعلم فإن هذا يتضمن **التنظيم وإعادة التنظيم الإدراكى** organization and reorganization وتكوين مدركات جديدة. وهنا يقرب موقف المعالج من موقف المعلم، ويستخدم كل ما يعرفه فى نظرية التعلم وطرق التربية. وقد تأخذ عملية التعلم هنا شكل المحاولة والنجاح أو التعلم الشرطى... إلخ.

ومن هنا تعتبر عملية العلاج النفسى **عملية نمو** تشمل النمو العقلى والانفعالى والاجتماعى للمريض، ونؤدى إلى نمو سليم لمفهوم الذات لديه.

ويتضمن هذا أيضا **توجيه وإرشاد المريض** ومعاونته فى تعلم أساليب جديدة للتوافق وحل المشكلات والاستجابة للمثيرات المؤلمة فى هدوء انفعالى.

وهكذا يهيىء العلاج النفسى للمريض مناخا آمنا يتعلم فيه من جديد ثم ينتقل أثر هذا التعلم إلى العالم الخارجى. إن **انتقال** أثر التدريب من الموقف العلاجى إلى مواقف الحياة اليومية خارج العيادة النفسية يعتبر أمرا هاما. ويتم ذلك عن طريق عملية التعميم حيث يعمم المريض الاتجاهات التى كونها نحو المعالج والخبرات التى اكتسبها إلى سائر الناس والمواقف فى البيئة التى يعيش فيها.

إن **المعالج** عادة يضع نصب عينيه أن **يعلم المريض حل مشكلاته بنفسه** وتعديل سلوكه، وهذا خير ألف مرة من أن يحل له المشكلة التى أتاه بها فحسب[1].

تعديل وتغيير السلوك: Behaviour Modification and Change

يعتبر هذا الإجراء من أهم أهداف عملية العلاج النفسى. ويهدف إلى تعديل وتغيير الاضطرابات السلوكية المتعلمة **من** السيىء والغريب والشاذ واللامتوافق **إلى** الأحسن والمألوف والعادى والمتوافق.

ويسير **إجراء تعديل وتغيير السلوك** على النحو التالى:

* تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك بأكبر قدر من الدقة والموضوعية.
* تحديد الظروف التى يحدث فيها السلوك المضطرب: ويتضمن ذلك تحديد كل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب.
* تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتضمن ذلك الأسباب والخبرات والارتباطات... إلخ.

(١) يقول المثل الصينى: إذا جاءك طفل جائع فلا تعطه سمكة، ولكن علمه كيف يصيد السمك، فأنت إذا أعطيته سمكة فقد أطعمته يوما، ولكن إذا علمته الصيد فقد أطعمته طول العمر.

* اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها: ويتم ذلك بالتعاون بين كل من المعالج والمريض.

* إعداد جدول لإعادة التعلم والتدريب: ويشمل ذلك إعداد خبرات ومواقف متدرجة يتم فيها إعادة التعلم والتدريب من خلال ممارسة السلوك الجديد في إطار الخبرة المعدلة.

* تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: ويقصد بذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها.

* تعديل الظروف البيئية: ويتضمن ذلك تعديل الظروف والمواقف التي كان يحدث فيها السلوك المضطرب إلى ظروف ومواقف تؤدى إلى حدوث السلوك المرغوب.

وهكذا نجد أن لعملية تعديل وتغيير السلوك **فوائد** منها: تعديل مفهوم الذات لدى المريض، وتعديل وتغيير انفعالاته غير السوية، وتعديل أفكاره ومعتقداته عن سلوكه وعن الآخرين، وتعديل اتجاهاته السالبة والجامدة والمتعصبة... إلخ.

تغير الشخصية:

عندما تنمو بصيرة المريض ويتعلم أساليب سلوكية جديدة، فإنه يكون في وضع يمكن فيه إحداث تغيير في سلوكه وإحداث توافق أكثر ملاءمة. ومثل هذه التغيرات قد تكون صغيرة أو كبيرة، وقد تتناول **البناء الوظيفي والبناء الديناميكي للشخصية**، وقد تتناول نواحي أخرى كثيرة في سلوك المريض. ولهذا نجد أن إحداث التغيير في شخصية المريض وإعادة بنائها أمر خطير يحتم أن يقصر إجراؤه على المعالجين النفسيين المختصين.

وهكذا نجد أن التغير الذي يحدث في الشخصية أساسه نمو البصيرة وعملية التعلم وإعادة التعلم. وعلى هذا الأساس يكون المريض لنفسه **فلسفة عامة في الحياة** لتحقيق أهداف جديدة أكثر واقعية، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرةعلى حل مشكلاته مستقلا مستقبلا. وهنا يبدأ استقلاله عن المعالج ويتم الشفاء.

إنهاء العلاج:

وحيث إن طبيعة عملية العلاج النفسى تجمع بين المعالج والمريض في تفاعل وعلاقة علاجية لتحقيق هدف محدد، فإن هذه العلاقة مهما كانت شاملة فإنها مهنية، ومهما طالت فإنها موقوتة يمضي بعدها كل في طريق. وقد يحدث هذا بعد جلسة علاجية واحدة أو بعد عشر جلسات أو حتى بعد مائة جلسة. أى أنه سيأتي الوقت الذي يجب فيه إنهاء العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج **بعد تحقيق الأهداف** الرئيسية وأهمها نجاح العلاج. وهكذا فإن العلاقة والتفاعل بين المريض والمعالج تصل إلى درجة لا يمكن أن يتحقق بعدها أكثر مما تحقق. وهنا يجب إنهاء العلاج مع ترك الباب مفتوحا أمام المريض لكى يعود في أى وقت يشعر فيه بالحاجة إلى ذلك.

ويلاحظ أنه **قد ينتهي العلاج اضطراريا** دون تمام الشفاء نتيجة لظروف خارجية. كذلك يلاحظ أنه في كثير من الحالات يختلف **أساس إنهاء العلاج** حسب مستوى طموح كل من المعالج والمريض وبالنسبة لنتائج عملية العلاج، وكذلك حسب حاجات وطاقات المريض.

ويختلف المعالجون النفسيون حول التحديد الدقيق للعلاج الناجح وحول علامات الشفاء التي يستندون إليها لإنهاء العلاج.

ومن **علامات الشفاء** التي يجمع عليها المعالجون لإنهاء العلاج: تخلص المريض من القلق، وظهور علامات إعادة بناء وتغير تنظيم الشخصية، والقدرة على مواجهة التوترات والصمود أمامها وخفضها بنجاح، والقضاء على الكف والكبت والنكوص، وقدرة المريض على تحقيق إمكاناته وتوافقه الجنسي والاجتماعي والمهني، وتوافق المطامح مع قدرات الذات ومع الواقع، والقدرة على السلوك مع التنبؤ بنتائجه البعيدة، والعمل على رسم فلسفة للحياة والعمل على تحقيقها، والعدول عن الاتجاهات التزمتية التدميرية، وفهم الديناميات المسئولةعن المشكلات ومواجهة وتقبل الواقع، والاستقلال في حل المشكلات، وظهور آثار التعلم ووضوح ونمو بصيرة المريض.

وإنهاء العلاج والعلاقة العلاجية أمر **يحتاج إلى مهارة** وخاصة من جانب المعالج. فقد يجد كل من المريض والمعالج أن إنهاء العلاقة العلاجية أمر صعب أو حتى مؤلم أحيانا. فقد كانت علاقتهما قوية وذات أهمية لدرجة أن كليهما وخاصة المريض لا يود إنهاءها. وقد يعبر عن ذلك عودة بعض الأعراض في هذا الوقت بالذات كاعتراض داخلي على عملية الإنهاء أو بسبب الخوف من جراء ترك العون الذي كان يتم الحصول عليه عن طريق العملية العلاجية. وأحيانا تكون العلاقة قد أصبحت هامة وقوية لدرجة أنها قد تستمر بعد العلاج كعلاقة اجتماعية حقيقية. وبينما يكون هذا ممكنا إلا أنه قد يكون محاطا بمخاطر منها أن زيادة الانفتاح الاجتماعي مع المريض قد تؤدي إلى فشل العلاج. ونحن نعلم أن غالبية المعالجين النفسيين يفضلون ألا يعالجوا أصدقاءهم أو أفراد عائلاتهم.

تقييم عملية العلاج النفسي:

تقييم عملية العلاج النفسي أمر هام وضروري ويحتاج إلى **تخطيط وإعداد** برنامج خاص به يتحدد فيه: هدف عملية العلاج، ومضمونها، وطريقتها.

ويتوقف **نجاح عملية العلاج النفسي على عوامل** من أهمها : طريقة العلاج، ونوع المرض، وشخصية المعالج، وشخصية المريض.

وقد يؤدي العلاج النفسي إلى تحسن كبير أو قليل، ثابت أو غير ثابت، حقيقي أو ظاهري.

ويشترك في **إجراء تقييم عملية العلاج** كل من العميل والمعالج النفسي وباقي الأخصائيين المشتركين في عملية العلاج والخبراء والوالدان والرفاق ومن يهمهم أمر المريض.

أما عن **أهداف إجراء التقييم** فتتلخص فيما يلى:

* الكشف عن مدى فعالية ونجاح العلاج فى تحقيق أهدافه.
* مدى فاعلية طريقة العلاج المستخدمة.
* مدى نمو شخصية المريض ومدى توافقه النفسى وتمتعه بالصحة النفسية.

أما عن **مضمون عملية التقييم** فنجد أنها تشمل:

* تقييم عملية العلاج، أى تقييم طريقة العلاج نفسها.
* تقييم نتائج عملية العلاج، أى تقييم سلوك المريض وتوافقه النفسى وصحته النفسية.

أما عن **طرق تقييم عملية العلاج النفسى** فإنها تشمل.

* **التقارير الذاتية:** فليس هناك من هو أعرف بالمريض من نفسه. إنه هو الذى يعرف مدى اضطرابه السابق ومدى ما يحققه من تقدم ملموس نتيجة للعلاج. ولذلك فهو يكتب تقريرا عن حالته.
* **مقاييس التقدير:** وتتضمن بيانات ترتبط بالشخصية والسلوك تحتها مقاييس تقدير مدرجة، ويقدر الفرد مدى التغير على درجات هذه المقاييس.
* **قوائم المراجعة:** وتحوى أهداف العلاج النفسى ليتحدد أمامها ما تحقق منها وما لم يتحقق. وقد تحوى أيضا أعراض الأمراض النفسية، وتعطى قبل وبعد العلاج. وقد تحوى الشكاوى الرئيسية التى اتفق على تحديدها كل من المعالج والمريض .
* **أختبارات التشخيص النفسى:** مثل اختبار التشخيص النفسى للمؤلف ،وتحوى أعراض وزملات أعراض الأمراض النفسية. وتطبق قبل وبعد العلاج.
* **الاختبارات الإسقاطية:** مثل اختبار رورشاخ Rorschach واختبار تفهم الموضوع واختبارات اللعب واختبارات تكملة الجمل... إلخ. ويفضل البعض استخدامها فى التقييم على أساس أن المريض عادة لا يعرف معنى استجاباته، وبذلك نقلل من أثر ذاتيته. ويشترط عند استخدامها أن تكون طريقة العلاج الذى يقيم من تلك الطرق التى تتناول بناء الشخصية بالتعديل وإعادة البناء.
* **ملاحظة السلوك:** ويحسن أن يكون ذلك فى مواقف الحياة اليومية أو فى مواقف قريبة الشبه منها. وفيها تتم ملاحظة السلوك ووصفه وصفا محددا بسيطا وموضوعيا بقدر الإمكان. ويحسن أن يقوم بالملاحظة عدد من الملاحظين تحقيقا لأكبر قدر من الموضوعية. وأفضل وضع لملاحظة السلوك يكون مع المرضى الداخليين فى المستشفيات.

ويهتم الملاحظ طبعا بالتغيرات السلوكية التى حدثت نتيجة للعلاج النفسى.

* **تقدير الذات التصنيفى:** Self-rating Q-sort وفيه يصنف المريض عددا من البطاقات التى تحوى أعراض المرض النفسى مرتين: مرة قبل العلاج ومرة بعد العلاج (ما ينطبق عليه وما لا ينطبق عليه وما يقع بين بين، أو ما كان ينطبق عليه قبل العملية وما يزال ينطبق عليه بعدها وما

يقع بين بين،) ويحسب معامل الارتباط بين التقديرين ويعتبر دليلا على نجاح العملية (حامد زهران، ١٩٨٤).

* **اختبار تمايز معاني المفاهيم:** The Semantic Differential وهو أداة لتقييم بعض المفاهيم الهامة في عملية العلاج النفسي على ثلاثة أبعاد هي: التقييم العام (حسن ـ رديء) والنشاط (نشط ـ خامل) والقوة (قوى ـ ضعيف) وذلك حسب ما يود المقيم . (حامد زهران، ١٩٨٤).

المتابعة: Follow-up

تحتاج عملية العلاج النفسي بعد تمامها وشفاء المريض إلى **متابعة منظمة. وتهدف المتابعة** إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة، وتلمس أي فرص أكثر للمساعدة، وتحديد مدى وأثر وقيمة ونجاح عملية العلاج، وتحديد نسبة الشفاء، ومدى استفادة المريض من الخبرات العلاجية في مواقف الحياة العامة، والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية لحاجات المريض كما يعيشها في الواقع. ومما يؤكد **أهمية وضرورة المتابعة** أن الشفاء قد يتم تماما، ويصبح المريض أكثر قدرة على تحقيق التوافق النفسي، ولكنه إذا عاد إلى المجتمع الذي سبب اضطرابه ليجده جامدا محبطا مليئا بالصراعات كما كان فإن الموقف يكون صعبا، وقد تحدث نكسة. هذا وقد يكون التحسن الذي طرأ على حالة المريض سطحيا أو ظاهريا أو وقتيا.

وتحتاج المتابعة المنظمة إلى **المحافظة على الاتصال** بالفرد بعد شفائه لفترة محددة بحيث تزداد الفترة بين كل اتصال وآخر إلى أن ينتهي الاتصال بعد التأكد من تمام الشفاء. وقد يتم الاتصال بعد شهر ثم ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر ثم سنة. وحسب موافقة المريض قد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مكان العمل.

أما عن **طرق الاتصال** فقد يتم شخصيا في العيادة النفسية أو عن طريق التليفون أو الخطابات. وقد تستخدم بعض الطرق المستخدمة في تقييم العلاج مثل التقارير الذاتية التي يكتبها المريض عن تطور حالته... وهكذا. وهذا يستدعي الاحتفاظ بعنوان المريض ورقم تليفونه.

مكان عملية العلاج (العيادة النفسية):

العيادة النفسية هي المكان المناسب الذي يتم فيه **استقبال المريض وإجراء فحصه وتشخيص حالته وإتمام علاجه.**

ومن **الاضطرابات النفسية التي تعالج في العيادة** ما يلي:

* اضطرابات النمو العقلي، مثل الضعف العقلي والتخلف الدراسي.

* اضطرابات الشخصية المتعلقة بسوء التوافق ونقص التوافق مع البيئة مثل المشكلات الشخصية والجناح والانحرافات الجنسية، واضطرابات الشخصية في مراحل النمو المختلفة، واضطربات الشخصية الموقفية مثل اضطرابات العادات واضطرابات السلوك .... إلخ.

* الأمراض النفسية والعقلية النفسية المنشأ أو الوظيفية، وتشمل كل أنواع العصاب وبعض أشكال الذهان والأمراض النفسية الجسمية. هذا وقد **تتخصص العيادة النفسية**، فنجد منهاعيادات توجيه الأطفال والعيادات النفسية التربوية وعيادات الطب النفسى والعيادات النفسية للأحداث الجانحين وعيادات العلاج بالموسيقى... إلخ

وتتألف العيادة من قاعات استقبال الحالات وحجرات خاصة بالاختبارات النفسية وبطرق خاصة للعلاج مثل العلاج باللعب والعلاج بالفن والعلاج بالموسيقى وحجرات خاصة بالمعالجين النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء.

ويتألف **فريق العيادة النفسية** من المعالجين والمرشدين النفسيين المتخصصين وأخصائى القياس النفسى والطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعى.

وتستخدم فى العيادة النفسية عادة **معظم طرق العلاج النفسى** مثل التحليل النفسى والعلاج السلوكى والعلاج الجماعى والعلاج المركز حول العميل والإرشاد العلاجى والعلاج باللعب... إلخ.

وفى **مصر** يوجد فى الوقت الحالى عدد من العيادات النفسية بالجامعات تتركز فى جامعة عين شمس بالذات إحداها - وهى أقدمها - العيادة النفسية التابعة لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس، وقد أنشئت عام ١٩٣٤، والأخرى تابعة لكلية البنات، والثالثة تابعة لكلية الآداب. ويوجد كذلك عدد لا بأس به - وإن كان غيركاف - من العيادات النفسية التابعة لوزارة التربية والتعليم والتابعة لوزارة الشئون الاجتماعية والتابعة لوزارة الصحة. هذا إلى جانب العيادات النفسية الملحقة بأقسام الطب النفسى بكليات الطب والمستشفيات العامة. وأكبر المستشفيات المختصة بعلاج الأمراض النفسية والعقلية هى دار الاستشفاء للصحة النفسية بالعباسية بالقاهرة، والمعمورة بالاسكندرية، ومستشفى الخانكة. ويوجد عدد آخر من العيادات النفسية والمستشفيات الخاصة[١].

وعندما يأتى المريض أو الحالة إلى العيادة النفسية يتم استقبالها بواسطة الأخصائية الاجتماعية. ويتم ملء طلب فحص الحالة. ويتم فى مقابلة مبدئية إجراء بحث مبدئى. ويقدم تقرير عن الحالة إلى مدير العيادة حيث توزع على أحد المعالجين النفسيين الذى يتولى المسئولية التى تبدأ بعملية الفحص والتشخيص ويستعين فيها بالأخصائيين النفسيين فى القياس النفسى وبالأخصائيين الاجتماعيين فى إجراء البحث الاجتماعى وبالطبيب فى إجراء بعض الفحوص الطبية. ثم تبدأ عملية العلاج وتستمر إلى أن تنتهى ويتم تقييمها ومتابعتها.

(١) من العيادات النفسية التى عمل المؤلف فيها:
- العيادةالنفسية التابعة لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس بالقاهرة.
- العيادة النفسية التابعة للإدارة العامة للدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية بمصر.
- العيادة التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية بالزقازيق.
- مركز التوجيه والإرشاد النفسى التابع لقسم علم النفس بكلية التربية بمكة المكرمة.

ملاحظات فى العلاج النفسى

الاختلافات بين طرق العلاج النفسي:

مع وجود الإجراءات المشتركة فى طرق العلاج النفسى، فإن هناك بعض الاختلافات بين طرق العلاج أهمها:

عدم الإجماع على مفهوم معيارى عام لطبيعة العلاج النفسى متفق عليه ويقبله كل المعالجين النفسيين: ولكننا نجد أن كل مدرسة وكل طريقة فى العلاج النفسى تؤكد ناحية معينة دون النواحى الأخرى. وهذا أدى إلى وجود مناقشات وجدل حول ما إذا كان العلاج النفسى علما أكثر منه فنا، أم فنا أكثر منه علما، أم أنه فن تطبيق علم.

الاختلافات بين مدارس العلاج النفسى: وهذه ترجع إلى أن المرض النفسى ظاهرة معقدة متشابكة تتنوع أعراضها، وتنوعت المدارس والنظريات حول تفسيرهذه الظاهرة. وترجع هذه الاختلافات أيضًا إلى اختلاف وجهات نظر العلماء أصحاب هذه النظريات من حيث خلفياتهم وثقافاتهم ودراساتهم وجنسياتهم ودياناتهم. وكل مدرسة ترى أن نظرياتها هى الأكثر صحة، وبالتالى نجد الاختلافات فى ممارسة العلاج الذى يقوم على أساس النظريات المختلفة. أضف إلى ذلك وجود اختلافات حتى فى داخل مدرسة واحدة مثل مدرسة التحليل النفسى التى انشق عنها مدارس فرعية عديدة.

النمو السريع لعلم النفس الشاب ولعلم النفس العلاجى كأحد فروع علم النفس المتزايدة: وهذا يجعل من بعض طرق العلاج القديمة طرقا تصلح لأن تبقى ـ مع الاحترام الكامل لها ولأصحابها ـ مصونة فى متحف علم النفس.

تعدد الأبعاد المختلفة للعلاج النفسى: (وسيأتى ذكرها) بين فردى وجماعى ، ودعم وإعادة بناء، ومطول ومختصر، وعميق وسطحى، وموجه وغير موجه، وسلوكى ومعرفى، ومرن وملتزم... إلخ .

اختلافات ترجع إلى شخصية المعالج نفسه: ذلك لأن العلاج النفسى يعتمد إلى حد كبير على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، ومن ثم تدخل شخصية المعالج نفسه كعامل يؤدى إلى وجود بعض الاختلافات فى طرق العلاج النفسى. فقد تؤدى طريقة بعينها آثارا هائلة فى يد معالج بينما قد لا تثمر إطلاقا مع معالج آخر.

الفروق فى التدريب والخلفية المهنية فى العلاج النفسى: وهذه يرجع إليها بعض الاختلافات. فمثلا حين يمارس العلاج النفسى كل من الأخصائى النفسى والطبيب النفسى، فسوف ترجع الاختلافات بين الاثنين إلى التدريب والخلفية المهنية لكل منهما.

الفروق فى طبيعة المشكلات النفسية: وهذه تجعل عملية العلاج تخضع لعوامل أهمها طبيعة مشكلة المريض واضطرابه النفسي. إن عملية العلاج النفسى مع شاب يعانى من مشكلة معينة تعوق تقدمه الدراسى تختلف عنها مع شيخ يعانى من ذهان الشيخوخة.

اختلافات تسببها محددات خاصة بالمريض: فكل طرق العلاج النفسى مهما كانت طبيعة أهدافها، فإن هناك محددات خاصة بالمريض تؤثر على فاعليتها. ومن هذه المحددات مدى سلامة بناء شخصية المريض أو انهياره، ومستوى ذكائه وقدراته، وتاريخ المشكلة والاضطراب فى حياته وحالة صحته الجسمية، وواقع خبراته فى الحياة اليومية، ومستواه الاجتماعى الاقتصادى ومرحلة نموه... إلخ.

مشكلات العلاج النفسي:

هناك بعض المشكلات التى قد تعوق نجاح العلاج النفسي. ونحن إذ نورد هذه المشكلات هنا نأمل أن يبذل المعالج قصارى جهده حتى يتجنب تأثيرها المعوق وحتى يحقق نجاح العلاج. وفيما يلى أهم مشكلات العلاج النفسي:

وسائل الإحالة:

عندما يسعى المريض نفسه للعلاج النفسي، فإن احتمال نجاح العلاج يكون كبيرا لأنه نفسه يرغب فى المساعدة ويكون مقتنعا بالعملية العلاجية ويكون مستعدا للتعاون مع المعالج فى نجاح العلاج. **أما عندما يضطر الفرد أو يدفع دفعا ويحال إحالة** للمعالج فإن ذلك قد يؤدى إلى اتخاذه موقفا سلبيا بالنسبة للعملية العلاجية. وهذا قد يزيد من حالته المضطربة سوءا وخاصة إذا كانت بصيرته على غير ما يرام ولم يتقبل ولم يتحمل مسئوليته فى عملية العلاج مع المعالج.

وتحيل المدارس حالات كثيرة إلى العيادات النفسية. ويتم ذلك عادة بعد تشخيص قد يكون خاطئا وبعد استدعاءات عديدة للوالدين ومناقشة مشكلات الطفل مع مدير المدرسة والمدرسين والأخصائيين، وحين تخفق المدرسة والوالدان فى حل هذه المشكلات يحال الطفل إلى العيادة النفسية. وهذا قد يرتبط عند الطفل وحتى عند الوالدين بالخوف والقلق وعدم الموافقة لاعتقادهم بأن العيادة لن تكون إلا امتدادا للمدرسة.

وتحيل الهيئات والمؤسسات الكثيرين للعلاج النفسي. ولكن عدم توافر العدد الكافى من العيادات النفسية والأخصائيين يقف حجر عثرة فى سبيل تقديم الخدمات العلاجية بالدرجة الكافية مما يجعل الكثير من الاضطرابات النفسية يستمر ويستفحل وقد تزمن دون أن تلقى أى نوع من العلاج.

وقد تحيل المحاكم بعض الحالات. وهنا قد تظهر ردود فعل سلبية من جانب المريض الذى يربط بين المحكمة التى تنظر إليه كمذنب أو متهم وبين العقاب وبين عملية العلاج. وهذا قد يؤثر تأثيرا سيئا على عملية العلاج.

يضاف إلى ذلك أن بعض المؤسسات التى تحيل المريض **قد تطلب بعض المعلومات السرية** التى أدلى بها المريض إلى المعالج. وبالطبع لا يوافق المعالج على إمداد المؤسسة بها مما يجعل صدرها ضيقا بالعلاج أو يجعلها توقف دفع تكاليفه وبالتالى لا يتم العلاج.

اتجاهات الوالدين وأولياء الأمور:

لكى ينجح العلاج النفسى وخاصة مع الأطفال، **لابد أن يكون الوالدان مستعدين للتعاون مع المعالج**، وحتى إذا لزم الأمر أن يستفيدا شخصيا من العلاج.

وإذا كانت اتجاهات الوالدين سلبية نحو عملية العلاج فإن درجة نجاحه يصبح مشكوكا فيها. وقد يرجع ذلك إلى اعتقاد الوالدين أن مشكلة الطفل ترتبط بمشكلات الأسرة وأن مرضه يعتبر عرضا من أعراض اضطراب الأسرة. ولذلك فقد يتابهم الضيق وقد يرفضان المناقشة حول هذا الموضوع وقد يمتنعان عن التردد على العيادة. وقد يعتقد البعض الآخر أن مشكلة الطفل تتعلق به وحده فلا يشاركون مشاركة فعالة فى عملية العلاج، وإذا شاركوا فمشاركة محدودة يسهبون خلالها فى وصف سلوك الطفل المنحرف.

وبعض الوالدين أو أولياء الأمور أو حتى المربين **يسيئون فهم عملية العلاج**. ففى علاج الأطفال قد يسمح المعالج للطفل فى حجرة اللعب أن يعبر عن عدوانه فيكسر بعض الأشياء فيعتبرون ذلك نقصا فى ضبط سلوك الطفل أو تعويده الحريةالزائدة مما يؤدى إلى مزيد من العدوان خارج العيادة. وكما هو معتاد فإن الوالدين وأولياء الأمور يسألون المريض بمجرد خروجه عما دار فى الجلسة العلاجية، وهو يحكى. وقد يساء فهم ما يحكى وخاصة ما يحاول المعالج الحصول عليه من معلومات حول السلوك الجنسى والزواج والعلاقات الأسرية ... إلخ.

بعض المفاهيم لدى المريض:

توجد بعض **المفاهيم الخاطئة** لدى بعض المرضى. وتعتبر هذه المفاهيم مشكلات لها وزنها أمام العلاج النفسى، ومن ذلك ما يلى:

* يخطىء بعض المرضى فيظنون أن **المرض النفسى مرادف لما يعرفه العامة باسم «الجنون»** ويظنون أن العيادة النفسية لا يذهب إليها إلا «المجانين»، ومن ثم فهم يتحاشون العلاج النفسى، وإذا بدأوه فقد ينقطعون عن مواصلته.

* يخطىء بعض المرضى فيعتقدون أن **المعالج النفسى يتدخل فى شئون حياتهم الخاصة** بدرجة كبيرة ويبحث عن نواحى قلقهم وتفاصيل سلوكهم وأسرارهم، ومن ثم يبدون مقاومة فى أثناء العلاج.

* يخطىء بعض المرضى فيعتقدون أن **على المعالج أن يعمل لهم كل شىء** وأن يحل مشكلاتهم، وكأنه يملك قوة سحرية يسخرها فى ذلك، ويصعب عليهم أن يفهموا أن على عاتقهم تقع مسئولية كبيرة فى عملية العلاج.

القدرة العقلية للمريض:

ليس هناك دليل كاف على المستوى العقلى المعرفى الضرورى لنجاح العلاج النفسى. ولكن هناك بعض العوامل المعوقة فى هذا المجال. فالطفل **ضعيف العقل أو الغبى** أو الذى يعانى من **اضطرابات فى الجهاز العصبى** تكون إمكانات مساعدته واستفادته من العلاج النفسى محدودة.

عمر المريض:

ليس هناك اتفاق عام حول العمر كعامل هام فى التنبؤ بنجاح العلاج. ولكن هناك بعض الأدلة على أن العلاج النفسى مع **الأطفال الصغار** يحتاج - لكى ينجح - إلى تعاون ومشاركة الوالدين وأن تكون اتجاهاتهما نحو العلاج إيجابية.

كذلك فإن بعض **المسنين** الذين تراكمت المشكلات لديهم عبر السنين والذين تأصلت ورسخت عاداتهم السلوكية وأصبحت تقاوم التغيير، والذين يعتبرون أنهم فى أواخر حياتهم وما عاد من العمر قدر ما مضى، مع أمثال هؤلاء تقل قيمة العلاج النفسى نسبيا.

العلاج النفسى والدواء:

كثير من المرضى النفسيين يذهبون إلى المعالج النفسى. ويتم الفحص والتشخيص ويبدأ العلاج ويستمر. ثم تجدهم يسألون **«أليس هناك دواء يعالج الحالة؟»** وإذا قال لهم المعالج إن الدواء فى حد ذاته لن يحل مشكلاتهم شعروا بخيبة أمل، وإذا قال لهم إن عليهم أن يتحملوا مسئولية كبيرة فى عملية العلاج النفسى شعروا بخيبة أمل أكثر. إن مثل التغيرات السلوكية التى يتطلبها العلاج النفسى والتى تقع مسئوليتها كاملة على المريض كمثل الدواء الذى يصفه الطبيب وتقع مسئولية تعاطيه على المريض. إن العلاج النفسى يختلف عن العلاج الطبى فى شىء جوهرى وهو أنه بينما فى بعض أنواع العلاج الطبى يمكن أن يتم الشفاء حتى وإن كان المريض سلبيا تماما ويقوم الطبيب المعالج بكل شىء، فإن هذا لا يصدق فى حالة العلاج النفسى.

العلاج النفسى وطرق العلاج الأخرى:

قد تتمثل إحدى المشكلات الرئيسية فى اهتمام بعض المعالجين بنوع خاص من العلاج على حساب العلاج النفسى، مع علمهم بأن العلاج النفسى هو العلاج الوحيد اللازم للحالة. فمثلا قد يهتم بعض **الأطباء** النفسيين بدرجة أكبر بالعلاج الطبى **والعلاج بالأدوية** فحسب، وقد لا يتمكنون من إعطاء المريض الوقت الكافى لدراسة مشكلاته النفسية ومن ثم لا يقومون فعلا بالعلاج النفسى بالطريقة السليمة.

وبالنسبة لجمهور المرضى، فما زال الكثيرون حتى وهم يعلمون أنهم يعانون من المرض النفسي نادرا ما يتوجهون إلى المعالج النفسي. إن نسبة كبيرة من المرضى النفسيين في مجتمعنا ـ للأسف الشديد ـ ما زالوا يعتقدون أن سبب مرضهم هو **السحر والأعمال والجن**، وما زالوا يذهبون إلى **الدجالين** الذين يوحون إلى هؤلاء السذج أن في دجلهم الشفاء من كل داء . وهكذا يزمن المرض النفسي الذي لا يعالج بالطريقة العلمية الصحيحة على يد المعالج النفسي في الوقت المناسب.

مكان العلاج:

هناك بعض المشكلات بخصوص مكان العلاج، فقد تكون **ظروف المكان** الذي تتم فيه جلسات العلاج النفسي غير مريحة أو غير مناسبة. كذلك فإن عدم مناسبة **أثاث العيادة** قد يكون مصدر ضيق لكثير من المرضى النفسيين. وقد تكون **إدارة العيادة** نفسها غير سليمة مما قد يشعر المريض القلق بعدم الثقة في العيادة ومن فيها.

ويلاحظ أن بعض المرضى يربطون بين العيادة النفسية وبين «الجنون» ويخشون أن يراهم بعض معارفهم فيعرفون أنهم مرضى نفسيون أو «مجانين». وهؤلاء لا يحبون دخول العيادة النفسية، ويلحون على المعالج أن يكون العلاج في مكان غير العيادة النفسية.

مواعيد العلاج:

قد تمثل مواعيد العلاج أيضا مشكلة. فتحديد مواعيد الجلسات العلاجية أمر ضروري. **وقد تتعارض مواعيد الجلسات مع مواعيد عمل المرضى أو انشغالهم**. ويتطلب تحديد موعد الجلسات تعديل المريض لمواعيده بما يتفق مع مواعيد المعالج والعيادة. وقد يمثل هذا مشكلة يضيفها المريض إلى مشكلاته التي يعاني منها. أضف إلى ذلك أن بعض المرضى قد يعتبرون المواعيد أكثر مما يرجون أو أقل مما يرجون في تكرارها.

والوقت الذي يعطى لكل مريض حوالي ساعة أسبوعيا في المتوسط وعادة ما نجد أن مثل هذا الوقت المتاح لا يكفي بالنسبة للمريض ولا يشبع حاجاته أو توقعاته.

وأحيانا تلعب **مشكلة المواصلات** دورا هاما حين تكون المسافة التي يجب على المريض أن يقطعها طويلة ومرهقة، وبالتالي تعوق التزام المريض بمواعيد العلاج وتعوق انتظامه في العلاج.

مشكلة التكاليف:

يقوم بالعلاج النفسي أخصائيون حاصلون على أعلى مؤهلات التخصص وعددهم محدود. ومن ثم فإن **العلاج النفسي الخاص** يتكلف تكاليف قد تكون في حد ذاتها مشكلة بالنسبة للمريض.

ويعتقد كثير من المرضى النفسيين أن ما ينفقونه من مال في سبيل العلاج النفسي لابد أن يحصلوا في مقابله على مساعدة مادية محسوسة في جلسات العلاج وأن مجرد الكلام قد لا يريحهم ويشعرون أنه لا يستحق المال الذي ينفق عليه. ويستغرق العلاج النفسي وقتا طويلا. وهذه مشكلة بالنسبة لكل من المعالج والمريض، فبالنسبة للمعالج فإن هذا يعني أن عددا محدودا من المرضى يمكن مقابلتهم في اليوم، ومن ثم لا يمكن توزيع تكاليف العلاج على عدد كبير من المرضى، وهذا يجعل أجر العلاج بالنسبة للفرد مرتفعا نسبيا وقد يكون مرهقا. يضاف إلى هذا أن المعالج بطبيعة عمله يبدي اهتماما كبيرا وصادقا بالمريض ويشعر بالرضا حين ينجح العلاج ويعتقد البعض أن هذا يجب أن يكفيه أجرا.

الأقارب والأصدقاء:

يكون العلاج النفسي مع الأقارب والأصدقاء بصفة عامة صعبا وأحيانا غير مجد أو غير ممكن أو ممنوعا. ذلك لأن الأقارب والأصدقاء يأخذون كلام أقاربهم وأصدقائهم بطريقة ودية وبألفة وفي جو أسرى[1].

مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح:

إذا قام بالعلاج النفسي غير المختصين، وإذا لم يتم بالطريقة السليمة المناسبة، وإذا كان المريض غير مستعد وغير متقبل للعلاج، وإذا انقطع العلاج النفسي ولم يتم، وإذا كان في بيئة المريض ما يحول دون نجاح العملية العلاجية، وإذا لم يحدث تقييم لعملية العلاج ومتابعة للحالة، فقد ينتج عن ذلك مضاعفات يجب أن يعمل لها ألف حساب. وعلى أي حال فمن الملاحظ أن مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح ليست أخطر من مضاعفات أي نوع آخر من العلاج إذا قام به غير المختص أو تم بطريقة غير سليمة. فالعلاج الطبي الخاطىء مثلا له مضاعفاته الخطيرة، وقد ينتهي بالموت.

وفيما يلي أهم مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح:

* قد يزداد القلق عند المريض وينصرف عن العلاج النفسي تماما.
* قد يلجأ المريض إلى سياسة الدفاع مما قد يجعل الجلسات العلاجية واستمرارها أشد خطرا من قطع العلاج.
* قد يلجأ المريض إلى العلاج الطبي فقط، وقد يبالغ في تعاطي الأدوية ويدمنها.
* قد يلجأ المريض إلى الدجالين الذين يتصيدون مثل هذه الفرص.

---

(١) يقول المثل: «زامر الحي لا يطرب».

ويقول الشاعر:

لا ذنب لي غير أني من ديارهم ... وزامر الحي لا تشجي مزامره

ويقول آخر:

والسيف مثل العصا إن كان مغتمدا ... وزامر الحي لا يحظى بإطراب

وأزهد الناس في علم وصاحبه ... أولى الأحبة من أهل وأصحاب

* قد يلجأ المريض إلى إدمان المخدرات والخمر.
* قد يحدث فى حالات قليلة أن تحدث نكسة.
* قد تزداد الحالة سوءا ويتطور المرض من عصاب إلى ذهان.
* فى حالات نادرة قد ييأس المريض من الشفاء فيقدم على الانتحار.

ويجب تجنب حدوث هذه المضاعفات بأن يقوم بالعلاج النفسى المختصون المدربون الخبراء فقط، وأن يعد المريض للتعاون وتحمل مسئولياته والاستمرار فى العلاج، وأن يمتد العلاج إلى بيئة المريض، وأن تتم عملية تقييم لعملية العلاج، ومتابعة للحالة، وبهذا يؤتى العلاج النفسى ثماره ويحقق أهدافه السامية.

طرق العلاج النفسى

تتعدد طرق العلاج النفسى. وتقوم كل منها على إحدى نظريات الشخصية أو السلوك أو العلاج. ولكن كل طرق العلاج النفسى مهما اختلفت فإنها تسعى جميعا إلى تحقيق الأهداف العامة للعلاج النفسى، وتشترك كلها فى الإجراءات العامة لعملية العلاج النفسى.

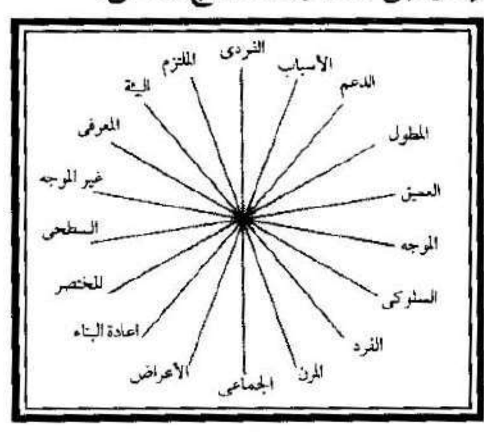
ويمكن رد **«كثرة»** الأعصبة إلى **«وحدة»** النموذج الهيكلى بحيث تكون كل الأمراض النفسية والعقلية مجرد تشكيلة تباينات للنموذج الهيكلى الواحد، وكذلك ترد **«كثرة»** العلاجات النفسية إلى **«وحدة»** النموذج الهيكلى و النمط الكيفى بحيث تكون كل طرق العلاج النفسى مجرد تشكيلة تباينات لنفس النموذج الهيكلى والنمط الكيفى الواحد. أى أن كثرة الأمراض النفسية ترد إلى نمط كيفى واحد وكثرة طرق العلاج النفسى ترد إلى نمط كيفى واحد. (صلاح مخيمر ، ١٩٧٧).

وبعد أن تناولنا الإجراءات العامة لعملية العلاج النفسى المشتركة فى جميع طرق العلاج، نتناول فيما يلى بالتفصيل أهم الملامح المميزة لكل طريقة من الطرق مع الاكتفاء بالإشارة الموجزة إلى ما تضمنه من الإجراءات العامة المشتركة مع باقى الطرق.

وقبل البدء فى طرق العلاج النفسى يحسن الإشارة إلى **تعدد أبعاد العلاج النفسى**.

أبعاد العلاج النفسى:

توجد أبعاد متعددة للعلاج النفسى. وتتضمن هذه الأبعاد طرقا كثيرة للعلاج. ويلاحظ أن الفرق بين طرفى كل بعد ليس فرقا مطلقا ولكنه فرق فى الدرجة. أى أن كل طرف يتضمن عناصر من الطرف الآخر. وفيما يلى أهم أبعاد العلاج النفسى: (أنظر شكل ٧٥).



شكل (٧٥) أبعاد العلاج النفسى

العلاج الفردى والعلاج الجماعى:

العلاج الفردى يعالج فيه المعالج مريضا

واحدا في كل مرة. وتعتمد فاعليته أساسا على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض. وهو أكثر فاعلية في علاج المشكلات الخاصة مثل المشكلات والانحرافات الجنسية.

والعلاج الجماعي يضم جماعة من المرضى في نفس الوقت. وهنا يعالج المريض عن طريق الجماعة. وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي أساسا على العلاقة بين المريض وبين الجماعة وبينه وبين المعالج. وفيه يشعر كل مريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلة ولكن هناك كثيرين غيره، ويحدث بينهم نوع من المساندة والمساعدة في حل المشكلات المشتركة. وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية. وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والإدمان وأمراض الكلام والجناح.

علاج الأسباب وعلاج الأعراض:

علاج الأسباب يعني العلاج الذي يركز على اكتشاف أسباب المرض النفسي واجتثاث جذوره مما يؤدي بطبيعة الحال إلى اختفاء الأعراض التي نتجت عنها. ويعتقد المهتمون بعلاج الأسباب أنه إذا اقتصر الأمر على علاج الأعراض وبقيت الأسباب والجذور كما هي فسوف ينمو منها أعراض أخرى مشابهة أو مختلفة. وسبب ذلك أن معظم الأعراض محاولات من جانب المريض للتوافق مع مشكلات الحياة. فإذا تخلص من هذه الأعراض وتركت المشكلات بقي أمامها وجها لوجه. وقد يعوق علاج الأعراض دون الأسباب استمرار عملية العلاج النفسي، إذ قد يجد المريض أن الأعراض قد زالت ويعتبر أنه لم يعد به حاجة إلى الاستمرار في العلاج.

وعلاج الأعراض من ناحية أخرى يركز على تحرير المريض من الأعراض، وهذا هو أول ما يتوقعه المريض من عملية العلاج. ورغم ما وجه إلى علاج الأعراض من اعتراضات إلا أن له ضرورته أحيانا خاصة في حالات مثل الهياج واضطرابات مثل الهستيريا حيث يساعد علاج العرض في إقناع المريض أن حالته نفسية وليست عضوية. كذلك فإن له ميزة الهجوم المباشر على العمليات المرضية الأساسية والتخلص من المصاحبات الانفعالية للأعراض. وهذا يساعد في ثقة المريض في المعالج.

علاج التدعيم وعلاج إعادة البناء :

علاج التدعيم: يهدف إلى تدعيم الشخصية بتخفيف وتسكين الأعراض وحل المشكلات عن طريق تغيير ظروف المريض ودون إحداث تغيير أساسي في بناء شخصيته. وفيه يقوم المعالج بدور المساند والمطمئن والناصح والمقنع والموجه والمشارك انفعاليا والمشجع والمعلم. ومن طرقه التوجيه والإرشاد (النفسي والتربوي والمهني والزواجي والأسري) والعلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي والعلاج بالعمل والعلاج بالقراءة والعلاج الترويحي والعلاج الرياضي والعلاج بالفن والعلاج بالموسيقى والعلاج الجسمي بالأدوية والعلاج الديني .

وعلاج إعادة البناء يهدف إلى تغيير الشخصية وإعادة بنائها وتغيير عادات المريض السلوكية

وطريقة تفكيره واتجاهاته الأساسية وأسلوب حياته ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين . وفيه يقوم المعالج بالتحليل والتركيب حتى يصل فى النهاية إلى التغير المنشود فى شخصية المريض . ومن طرقه التحليل النفسى والعلاج النفسى المركز حول العميل والعلاج باللعب .

العلاج المطول والعلاج المختصر :

العلاج المطول علاج شامل يهدف عادة إلى إعادة تنظيم بناءشخصية المريض وهذا يستغرق وقتًا طويلا . فقد يستغرق بضع جلسات أسبوعيًا على مدى بضعة أشهر أو على مدى بضع سنوات. ومهما كانت مميزات العلاج المطول فإن الذين يستفيدون منه قلةقليلة من المرضى الذين يتوافر لديهم الوقت ويتيسر لهم المال . ويعتبرالتحليل النفسى أشهرطرق العلاج المطول .

والعلاج المختصر علاج مكثف قصير الأمد بسيط يركز على الأهم والضرورى والمحدد ، ويهدف إلى حصول المريض على أكبر فائدة علاجية فى أقل وقت ممكن . ولذلك يقتصر على حل المشكلات التى يساعد حلها فى التوافق الشخصى المباشر . وعن طريقه يتيسر العلاج لأكبر عدد ممكن من المرضى . وهو مفيد بصفة خاصة فى العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض النفسية حيث يزداد عدد المرضى ويقل عدد الأخصائيين . ومن أساليبه التدريب المختصر وورش السلوك النموذجى.

العلاج العميق والعلاج السطحى :

العلاج العميق يركز على اكتشاف وإظهار المواد المكبوتة التى يتركزحولهاالصراع أو الخبرات الأليمة والصادمة . ومن طرقه التحليل النفسى .

والعلاج السطحى يهدف إلى طمأنة المريض وتعزيز دفاعات الأنا لديه، ولا يحاول التعمق فى صراعات المريض والاهتمام بإزالة الأعراض . وفى كثير من مستشفيات الأمراض النفسية لا يحصل المريض على أكثر من هذا العلاج . وصحيح أن هناك حالات لا يحتاج فيها المريض إلا إلى مثل هذا العلاج . ومن أمثلة هذه الحالات سوء التوافق واضطرابات الشخصية الوقتية العابرة وحالات الانحراف . ومن طرقه العلاج السلوكى .

العلاج الموجه والعلاج غير الموجه :

العلاج الموجه يقوم فيه المعالج بدور إيجابى نشط فى كشف صراعات المريض ، وتفسير ما يكشف عنه للمريض ، وتوجيهه نحوالسلوك الموجب المخطط ليؤثر على تغيير الشخصية . ويتحمل فى ذلك مسئولية أكبر من تلك التى يتحملها المريض . وقدثبت أن العلاج الموجه أكثر نفعًا فى علاج المرضى الأكثر اضطرابًا أو المرضى الذهانيين .

والعلاج غير الموجه يكون فيه المعالج أقل إيجابية وأقل نشاطًا ويقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجى السليم الذى تسوده الصداقة والتسامح حتى يتمتع المريض بالشعور بالأمن والتقبل فيخرج

أفكاره ومشاعره وأسراره الخاصة دون خوف أو خجل . ويكون المعالج بمثابة مرآة ينعكس عليها المريض مشاعره ويسقط اتجاهاته ، وبذلك تتحسن رؤية المريض وتتضح صورة شخصيته ويزداد استبصاره . ومن أهم طرق العلاج غير الموجه: التوجيه والإرشاد النفسي والعلاج النفسى المركز حول العميل . وقد ثبت أن العلاج غير الموجه أكثر فائدة فى علاج المرضى الذين تكون شخصياتهم أكثر اتزانا والذين يعانون من صعوبة حل مشكلات مباشرة .

العلاج السلوكى والعلاج المعرفى :

العلاج السلوكى يتضمن تعديل وتغيير السلوك المرضى نفسه كما يبدو فى الأعراض السلوكية للمرض النفسى . ويعتبر العلاج السلوكى تطبيقًا عمليا لقوانين ومبادىء التعلم فى مجال العلاج النفسى .

والعلاج المعرفى يتضمن تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التى تتركز حول الخبرات الصادمة وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلا كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها أى فرد ويمكن أن يتغلب عليها ، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات معلمة ، والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التى اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذى يعيش فيه ، والتخفيف من الشحنات الانفعالية القوية المرتبطة بها ، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلى المعرفى . أى أن الاستبصار هام جدًا فى هذا العلاج . ومن أمثلته العلاج العقلانى ـ الانفعالى .

علاج الفرد وعلاج البيئة :

علاج الفرد يهتم فيه المعالج بالمريض كفرد ويساعده لحل مشكلاته وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسى ، ولا يهتم كثيراً بربط العلاج بمواقف حياة المريض وأوجه نشاطه الأخرى فى بيئته الخارجية .

وعلاج البيئة أو علاج المحيط البيئى يتضمن إحداث تغييرات فى البيئة المباشرة للمريض ومواقف حياته وأوجه نشاطه . ويدخل فى تخطيط علاجه أدوار كل من المعالجين والمخالطين له .

العلاج المرن والعلاج الملتزم:

العلاج المرن يقصد به الاختيار بين طرق العلاج النفسى المختلفة بمرونة وانتقاء الطريقة المناسبة للحالة واستخدامها . والمرونة والاختيار وعدم الالتزام بطريقة محددة فى العلاج النفسى يتيح للمعالج إمكانية علاج معظم أشكال الاضطراب النفسى . ومن أمثلته الطرق التوفيقية أو التركيبية.

والعلاج الملتزم أو غير المرن يقصد به الالتزام الجامد بطريقة محددة من طرق العلاج النفسى وعدم الحياد عنها (مثل التحليل النفسى)وصحيح أن التزام طريقة واحدة مفيد وله بعض المزايا، إلا أن من يلتزمون بمثل هذا الجمود وعدم المرونة يضطرون لانتقاء المرضى الذين تصلح طريقتهم فى علاجها .

التحليـــل النفســى

PSYCHOANALYSIS

معنى التحليل النفسى :

التحليل النفسى عملية علاجية متخصصة ، شاملة ، طويلة الأمد ، يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة فى اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متصارعة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرض النفسى ، واستدراجها من غياهب اللاشعور إلى حيز الشعور ، عن طريق التعبير اللفظى التلقائى الحر الطليق ، ومساعدة المريض فى حلها فى ضوء الواقع وزيادة استبصاره وتحسين الفاعلية الشخصية والنمو الشخصى ، وهدفه النهائى هو إحداث تغيير أساسى صحى فى بناء الشخصية . (١)

والتحليل النفسى **من أهم طرق العلاج النفسى** . ومن الناس من يجعلون - خطأ - من التحليل النفسى مرادفًا للعلاج النفسى أو أنه يعنى عندهم العلاج النفسى كله .

ويستند التحليل النفسى إلى نظرية التحليل النفسى (فى الشخصية). والتحليل النفسى بهذا يعتبر مرة واحدة وفى نفس الوقت - **نظرية نفسية** عن ديناميات الطبيعة البشرية وعن بناء الشخصية ، **ومنهج بحث** لدراسة السلوك البشرى ، وهو أيضًا **طريقة علاج** فعالة وناجحة. ويتميز فى التحليل النفسى **اتجاهان هما** :

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى التحليل النفسى ما يلى :

- American Journal of Psychoanalysis.
- Contemporary Psychoanalysis .
- French Review of Psychoanalysis .
- International Journal of Psychoanalysis .
- International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy .
- International Review of Psychoanalysis .
- Journal of Analytical Psychology .
- Journal of The American Academy of Psychoanalysis .
- Journal of the American Psychoanalytic Association .
- Modern Psychoanalysis .
- Nouvelle Revue de Psychoanalyse .
- Psychoanalysis and Contemporary Science .
- Psychoanalysis and Contemporary thought .
- Psychoanalytic Quarterly .
- Psychoanalytic Review .
- Psychoanalytic Study of Society .
- Psychoanalytic Study of the Child .
- Revue Francaise de Psychoanalyse .

* **التحليل النفسى الكلاسيكى** المرتبط باسم سيجموند فرويد Freud الذى يعتبر أول من وضع أساسه .
* **التحليل النفسى** الحديث وفيه أدخل زملاء فرويد وتلاميذه - ومنهم ابنته « أنا فرويد Anna Freud » - تعديلات وتطويرات مستقلة خاصة بهم دخلت معظمها فى النظرية الشاملة للتحليل النفسى . ويرتبط التحليل النفسى الحديث بمجموعة من أساطين علم النفس يطلق عليهم البعض اسم (الفرويديون الجدد Neo-Freudians) لأنه أصبح لكل شيخ منهم طريقته ، ومنهم كارل يونج Jung والفريد آدلر Adler وكارين هورنى Horney وأوتو رانك Rank وإيريك فروم Fromm وهارى ستاك سوليفان Sullivan .

ويلاحظ أن **الفروق** بين التحليل النفسى الكلاسيكى والتحليل النفسى الحديث تكمن فى الاختلافات النظرية أكثر منها فى نواحى ممارسة العلاج وطريقة التحليل . ويلاحظ أيضًا أن **الاختلافات** المدرسية كلها فى إطار النظرية العامة للتحليل النفسى ، ولها فوائدها الملاحظة فى تنويع النظرة النظرية بما يتلاءم مع مختلف الحالات وكذلك الإسراع بعملية التحليل . (انظر دانيل لاجاش ١٩٥٧، أحمد عزت راجح ، ١٩٦٥ ، مصطفى فهمى ، ١٩٦٧ ، سيجموند فرويد Freud، ١٩٣٣ ، ١٩٤٦ ، ١٩٤٩ ، ١٩٥٤ ، كارل يونج Jung، ١٩٣٣ ، كارين هورنى Horney ، ١٩٣٩ ، هارى ستاك سوليفان Sullivan، ١٩٥٣ ، براون Brown ، ١٩٦١، هيرما وكيرث Herma & Kurth ،١٩٦٣ ، جونز Jones ، ٩٦٤ ، وولمان Wolman، ١٩٦٥، فريدمان وكابلان Freedman & Kaplan ، ١٩٦٧ ، جيمس كولمان Coleman ، ١٩٧٢) .

المرض فى إطار التحليل النفسى:

الصراع : Conflict

يرى سيجموند فرويد أن **الصراع بين الغرائز والمجتمع** صراع عام وموجود فى كل مكان وزمان ، وهذا يفرض على الفرد أن يكبح جماح نفسه وأن يتحكم فى غرائزه حفاظًا على المعايير الاجتماعية .

وتقرر كارين هورنى أن الصراع لا يمكن أن يقتصر تفسيره على الناحية الغريزية ، بل إنه مرتبط فى نظرها بالحاجة إلى الأمن . وينشأ الصراع فى رأيها بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته . وهى ترى أن الصراع بين الدوافع الأولية وبين النواحى الاجتماعية صراع ثانوى وليس صراعًا أساسيًا . **والصراع الأساسى** فى رأيها ينشأ بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته . كذلك قالت هورنى بوجود « **الصراع الداخلى المركزى** » وهو صراع بين الذات الحقيقية والذات العصابية [1] .

(١) كتبت هورنى (١٩٤٥) فى هذا كتابها « صراعنا الداخلى » .



شكل (٧٦) سيجموند فرويد



شكل (٧٧) أنا فرويد



شكل (٧٨) كارل يونج



شكل (٧٩) ألفريد آدلر



شكل (٨٠) كارين هورنى



شكل (٨١) أوتو رانك



شكل (٨٢) إيريك فروم



شكل (٨٣) هارى ستاك سوليفان

العصاب : Neurosis

أرجع فرويد **العصاب** إلى عوامل حيوية وليس إلى العوامل الثقافية والاجتماعية . وجعل من القلق لب العصاب ومحوره، ومن عقدة أوديب نواته ومنشأه . ويرى أنه لا يوجد عصاب نفسى دون استعداد عصابى أى دون عصاب طفلى . ويرى أن العصابيين هم أولئك الذين لا يزالون يستجيبون لحالات الخطر السابقة ، وكأنها ما زالت قائمة بالفعل . وهكذا يرى فرويد أن العصاب الذى يحدث عند مرحلة البلوغ يستند إلى عصاب طفلى بسبب تثبيت الليبيدو فى أحد الأطوار السابقة فيكون العرض هو إعادة متخفية لخبرة جنسية طفلية .

ويرى كارل يونج أن **المرض العصابى** عبارة عن محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع ، وينسب إلى الذكريات المكبوتة فى اللاشعور دورا هاما فى تكوين العصاب ، ولكنه يقول إنها ليست متصلة بالرغبات الجنسية الطفلية بل إنها تتعلق بجميع مشكلات الفرد التى لم تحل .

وتكلم ألفريد آدلر عن **نشأة العصاب** . وهو يرى أن العصاب ينشأ من خطأ الفرد فى إدراك وتفسير بيئته ، وحينما يصعب على الفرد أن يتخذ أسلوبا فى الحياة يستطيع أن يعوض ما يشعر به من نقص فيخاف من الفشل فى تحقيق هدف الحياة، فيلجأ إلى حيل الدفاع النفسى التى تكون الأعراض العصابية. وقد ركز آدلر على هدف الأعراض العصابية . ويرى أيضًا أن أسباب العصاب ترجع إلى **خبرات الطفولة** وخاصة تلك التى تتعلق بالعلاقات المضطربة داخل الأسرة [١] .

وتقول كارين هورنى إن هناك ثلاثة **اتجاهات عصابية** يتضمن كل منها عنصراً من عناصر القلق . الاتجاه الأول يتميز بالتحرك نحو الناس ، ويصاحبه قبول الحب والقرب والاعتماد على الناس مع الشعور بالعجز، والاتجاه الثانى يتميز بالتحرك ضد الناس فى شكل قطيعة ومعارضة ، ويصاحبه الشعور بالعداء ، والاتجاه الثالث يتميز بالتحرك بعيدًا عن الناس فى عالم خصوصى ويصاحبه التمركز حول الذات والشعور بالعزلة. إلا أن الفرد لا يسير فقط فى اتجاه واحد دون الاتجاهين الآخرين ، وأقواها دائمًا يكون هو الاتجاه العصابى السائد ، فقد ينقلب الاتجاه العصابى السائد لدى الفرد إلى اتجاه آخر نتيجة لتعرضه لظروف جديدة . وتقرر هورنى أن **القلق هو أساس العصاب** . وهى تعتبر أن خبرات الطفولة العنيفة الشديدة شرط لازم وضرورى لتكون العصاب وأن هذه الخبرات تشكل تربة خصبة لنمو مختلف أنواع العصاب ، إلا أنها وحدها لا تكفى لتكونه . وتضيف كارين هورنى أن **العصابى** شخص جامد فى سلوكه ، بينما الشخص السوى يستجيب لمواقف الحياة بمرونة . والعصابى يعكس قلقه على العالم الخارجى ، فيصبح هذا العالم فى نظره أكثر عدوانًا، فيزداد شعوره بالعجز ، ويتضخم شعوره بالانعزال .

والعملية العصابية فى نظر كارين هورنى عملية عكسية تتجه ضد النمو الطبيعى للشخص ، فهى شكل شاذ من النمو الإنسانى ، تختلف صفاتها وطبيعتها عن عملية النمو السليم . ويتمزق

(١) من مؤلفات آدلر عن العصاب « مشكلات العصاب » .

الشخص العصابى من جراء الصراع الداخلى الدائم . وكثيراً ما تتحول الحاجة العصابية للشخص إلى مطالب غير معقولة ، كرغبته ألا يقع فى مرض ، وألا يسير نحو الشيخوخة وألا يدركه الموت ...إلخ . ويتمركز العصابى حول نفسه ، ويغرق فى بحر من الخيال والأوهام ، وتتحطم مطالبه على صخرة الواقع ، فينتابه اليأس ، ويسود حياته الكآبة ويخيم عليها السواد ، ويكره ذاته العصابية لتهديدها له ولشخصيته . وهكذا يقع الشخص فى صراع مرير هو الذى أطلقت عليه هورنى اسم الصراع الداخلى المركزى ، وهو الصراع بين الذات الحقيقية وبين الذات العصابية .

وهكذا تعتقد كارين هورنى أن **العصابى يحيد عن الطريق السوى للنمو** ، ويقع فى صراع يدفعه إلى الاتجاه العصابى عله يجد فيه الأمن ، ولكنه أمن صناعى مزيف ، لا يلبث أن ينهار أمام أى موقف يثير القلق المستتر (١) .

أما أوتو رانك فهو يعتقد أن العصابى هو ذلك الشخص الذى لا ينجح فى محاولة التغلب على **صدمة الميلاد** .

والشخصية العصابية فى نظر رانك هى تلك الشخصية التى وقفت فى نموها عند ما أسماه بدور الشخص العصابى، فيشعر العصابى أنه مبعد عن الأكثرية ، لا يقبل معاييرها ، ولا يتقبل نفسه،، ولا يتقبل المثل التى يوجدها بإرادته الخاصة ، ويكافح ضد أى ضغط خارجى ، ويعيش فى حرب دائمة مع نفسه ومع المجتمع ، وتسيطر عليه مشاعر الخوف من الحياة النابعة من شعوره بالاختلاف والانفصال عن الآخرين، وتسيطر عليه فى نفس الوقت مشاعر الخوف من الموت النابعة من فقدان الفردية ، يبذل أى مجهود مشترك مع الآخرين ، أو يشترك معهم فى خبرة مباشرة ، ويكون لديه استعداد لقبول ما يملى عليه وتبنى وجهات نظر الآخرين .

ويرى فروم أن العصاب هو أحد مظاهر الفشل الأخلاقى ، وأن العرض العصابى يكون فى كثير من الحالات تعبيراً عن **نزاع أخلاقى** .

وتمثل الأعراض العصابية - غالبًا - تعبيرات نموذجية لبعض مشاكل الإنسان الحديث الذى يعانى من القلق ومن تزايد الحيرة والارتباك . فبينما تزداد قوة الإنسان الحديث وسيطرته على المادة نراه يشعر بالعجز فى حياته الفردية وفى المجتمع .

ويعتقد هارى ستاك سوليفان أن **القلق هو أساس كل من العصاب والذهان** . وعلى العموم فإن العصاب هو أكثر الأمراض النفسية قابلية للعلاج بالتحليل النفسى .

ويرى سيجموند فرويد أن ثمة علاقة وثيقة بين **الكبت الجنسى** وبين **القلق** ، وأن القلق يصاحب الحالات الهستيرية والمخاوف والعصاب القهرى . وربط فرويد أيضًا بين القلق وبين

(١) من مؤلفات كارين هورنى عن العصاب « الشخصية العصابية فى أيامنا » (١٩٣٧) ، و « العصاب والنمو البشرى » (١٩٥٠) .

الحرمان والتهديد بالحرمان وبين خطر **الإخصاء** الذى يثير القلق فى **المرحلة القضيبية** . وربط أيضًا بين **القلق العصابى** أو المرض الذى ينشأ عن خطر كامن فى الدوافع الغريزية الفطرية عند الفرد ولا يدرك الإنسان مصدره ، وبين **القلق الموضوعى** أو العادى حيث يكون مصدر القلق كامنا فى العالم الخارجى أى خارج نطاق الذات ، وينشأ بسبب شعور الفرد بضعفه وعجزه تجاه أخطار العالم الخارجى .

ويعتقد كارل يونج أن القلق عبارة عن **رد فعل** يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن **اللاشعور الجمعى** . فالإنسان فى حياته العادية لا يشعر بالأشباح ، ولكنه إذا مر بالقبور ليلا فإنه تنتابه مشاعر الخوف والقلق لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعى .

وترى كارين هورنى أن القلق هو **استجابة انفعالية لخطر** موجه إلى المكونات الأساسية للشخصية . ومن هذه المكونات ما هو عام بين كل الناس مثل الحرية ، حب الحياة ، إنجاب الأطفال ... إلخ ، ومنها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص نفسه وثقافته وبيئته ومرحلة نموه وجنسه مثل السمعة والمركز الاجتماعى والاقتصادى والعلاقات العاطفية ... إلخ . **ويتخذ القلق مظاهر** سلوكية مختلفة كالحذر والحيطة والخواف وهذا القلق يسلب بالتدريج السمات الأصلية للفرد ، ويرمى بها بعيدا عن ذاته الحقيقية .

ويرى إيريك فروم أن القلق هو نتاج **الضغوط الثقافية والبيئية** ، ويعتقد أن المجتمع الحديث مسئول ولا شك عن كثير من الاضطرابات النفسية .

ويقول هارى ستاك سوليفان إن القلق عبارة عن ظاهرة تنتج عن **العلاقات الشخصية مع الآخرين** ، ووصفه بأنه استجابة لمشاعر عدم الموافقة من جانب الكبار سواء كانوا حقيقيين أو متخيلين . وتقوم الشخصية بمناورات دفاعية للتغلب على القلق . وحيث أن القلق ينبع أساسًا من الشعور بتهديد الحاجة إلى الأمن ، فإن الوسائل الدفاعية التى تعتمد عليها الشخصية تتخذ أساسًا لتحقيق الأمن بالحصول على الموافقة من الآخرين وإذا زاد خطر القلق حاول الفرد حصر هذا الخطر فى أضيق الحدود بأن يضيق خبراته ونشاطه مقتصرًا على ما يستطيع أن يتنبأ تمامًا بعواقبه. وفى أثناء عملية النمو قد يلجأ الفرد إلى الانتباه الانتقائى حيث يركز فقط على المهم ويتجاهل غير المهم ، ويتغاضى عن الخبرات المقلقة أوالمثيرة للقلق مما يضيق أفق الفرد ويقلل فرص التعلم أمامه .

الذهان : Psychosis

كما اهتم سيجموند فرويد بالعصاب اهتم أيضًا بالذهان باعتباره **صورة خطيرة لاضطراب السلوك** ، تظهر تغيرات مرضية فى إدراك الواقع وفى السيطرة على الذات . واعتبر فرويد الذهان دفاعًا يقوم به الفرد ضد خيبة أمل أوقعه الواقع فيها .

وعلى العموم فإن النظرية العامة للأمراض الذهانية تتشابه مع نظرية العصاب، إلا أن ثمة فروقا هامة بينهما . فالنكوص والتثبيت فى الذهان أعمق منهما فى العصاب . ففى الفصام مثلا يأخذ النكوص شكل الانفصال عن الواقع . وفى الذهان تزيد قسوة الحرمان والصدمة عن قدرة الأنا على الاحتمال . وفى الذهان يعرض الأنا عن الواقع ويستسلم للهو ومن ثم تحدث نكسة النمو ويكشف عن ذلك الهلوسات والهذيان . وفى الذهان يدور الصراع فى معظمه بين الأنا والواقع ، بينما فى العصاب يكون الصراع فى الغالب بين الأنا والهو .

ويرجع ألفريد آدلر الذهان سواء كان فصامًا أم ذهان الهوس والاكتئاب إلى خليط من **أسباب نفسية وأسباب جسمية** . ووضع آدلر أهمية كبيرة على فهم المنطق الخاص لمريض الذهان والخلط الذى يميز هذيانات العظمة وخيالات الاكتئاب . ويرى آدلر أنه بينما قد يعانى العصابى من الشعور بالفشل سواء كان هذا الشعور حقيقيًا أو متخيلا ، فإن الذهانى لا يقبل الواقع الاجتماعى ، وتعوض خيالاته شعوره باليأس من إمكان تحقيق أى أهمية فى العالم الواقعى .

وهكذا لم ينكر التحليل النفسى الأسباب والأصول والتفسيرات العضوية للذهان إلى جانب الأسباب والأصول والتفسيرات النفسية .

إجراءات التحليل النفسى :

البداية :

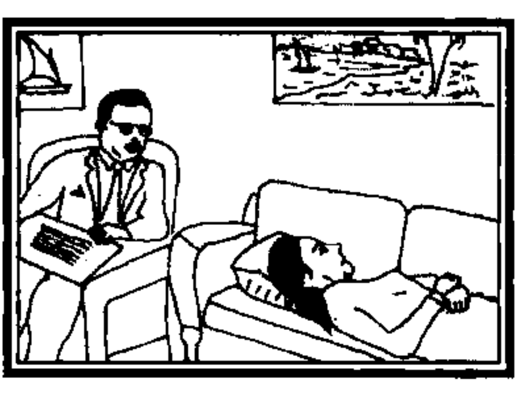
يأتى **المريض النفسى فى البداية قبل العلاج** أشبه بالشخص الخائف المتصارع القلق الحائر فى حجرة مظلمة مكدسة (بالمحتويات) تماما ، وهو لا يعرف عنها شيئًا ، ومن ثم يصطدم بمحتوياتها. إنه يتصارع مع أشياء مخيفة خفية تهدده (اللاشعور والقوى التى لا يعرفها عن نفسه) . ومع الظهور التدريجى للضوء (التفسيرات التى يقوم بها المحلل) يستطيع المريض أن يرى ويقدر هذه الأشياء المخيفة حق قدرها ، وبعد ذلك تصبح مسئوليته أن يقوم هو نفسه بتنظيم مسكنه .

وفى **المقابلات الأولى** وقبل البدء فى إجراءات التحليل النفسى يجب أن يتريث المعالج وأن يتأكد بعد إجراء عملية الفحص أن المريض ومرضه يصلحان للتحليل النفسى . ويجب أن يكون المعالج نفسه مؤهلا وخبيرًا بالتحليل . ويرى أصحاب التحليل النفسى الكلاسيكى أنه من المستحسن أن يكون المعالج نفسه قد سبق تحليله نفسيًا .

وفى البداية يعطى المريض بعض المعلومات الأساسية عن عملية التحليل مثل الجلسات والوقت ووسائل التحليل وأهدافه ... إلخ . أما عن **الجلسات** ففى العادة تستغرق الجلسة ساعة (أو ٤٥ دقيقة)، من مرة إلى خمس مرات أسبوعيًا . ونرى كارين هورنى أن تكرار الجلسات يجب ألا يقل عن جلسة ولا يزيد عن ثلاث جلسات فى الأسبوع . أما عن الوقت ، فقد يستغرق العلاج بالتحليل النفسى عامًا أو عامين أو أكثر حسب الحالة . إلا أن المعتاد هو أن يستمر العلاج لمدة عامين. وسبب طول الوقت الذى يستغرقه التحليل النفسى هو أن تصحيح اضطراب التركيب النفسى

الذى ظل ثابتًا طوال بضع سنوات لا يحتمل أن يتم بسرعة فى بضع جلسات . وقد استنكر أوتو رانك طول عملية التحليل النفسى بالطريقة الكلاسيكية حيث يصل عدد الجلسات إلى ٢٠٠ وقد يصل إلى ٦٠٠ جلسة .

وترتبط الصورة الكلاسيكية للتحليل النفسى باستخدام **سرير التحليل** (انظر شكل ٨٤)(١) حيث يطلب إلى المريض أن يستلقى أو يضطجع على سرير التحليل وتبعد عنه المؤثرات الخارجية ، ويحث على الاسترخاء التام ، ويجلس المعالج خلف المريض بعيدًا عن أنظاره حتى لا يظل المريض يحملق فى المعالج ، وحتى لا يتأثر بتعبيرات وجهه ، وحتى يركز على مشاعره وعلى داخلية نفسه ، دون تدخل أى عوامل تشتت انتباهه ، فضلا عن أن وضع الاستلقاء يبعث على الراحة ويقلل من التوتر . وهذا الوضع يغنى المحلل عن بذل أى مجهود لسيطرة على حركاته وإيماءاته ، ويوفر له مزيدًا من الحرية للإنصات والملاحظة والتفسير . وقد كان سيجموند فرويد يصر على هذا الوضع . أما غيره من المحللين النفسيين مثل كارين هورنى وهارى ستاك سوليفان فهم أكثر مرونة إذ يرون أن استخدام سرير التحليل ليس ضروريًا، وهم يبيحون **التحليل وجهًا لوجه** ، حيث يجلس المريض أو يضطجع فى مواجهة المحلل وخاصة إذا كان المريض يخاف الاستلقاء ، أو إذا كان نومه على السرير قد يشعره بالخضوع والدونية والبعد عن المحلل ، فضلا عن أنه قد يربط بينه وبين الوضع الجنسى . وهؤلاء المحللون يؤكدون أن مواجهة المريض للمعالج تفيد المريض الذى يود قراءة ردود فعل المعالج، وخاصة أن المريض يتلمس موافقة المعالج ويريد أن يشعر أنه قريب منه . كذلك فإن المواجهة تفيد المعالج فى أنها تمكنه من ملاحظة المريض بطريقة أفضل.



شكل (٨٤) التحليل النفسى

العلاقة العلاجية الدينامية :

يركز التحليل النفسى على أهمية **العلاقة الدينامية بين المريض والمعالج ويهتم** بمبدأ التقبل، أى تقبل المريض من المعالج ، لأن العصابى يكون دائمًا فاقدًا لهذا الشعور بالتقبل والمحبة . فعندما يرى المريض أنه مقبول من المعالج فإنه فى هذه الحالة يستطيع أن يتقبل نفسه .

وفى العلاقة العلاجية ، يجب أن تكون **اتجاهات المحلل** متناسبة مع اتجاهات المريض . ويجب - كما يقول سيجموند فرويد - أن يتنبه المعالج لكل شىء وألا يركز تركيزًا زائدًا على أى شىء . ويرى فرويد أيضًا أن المعالج يجب ألا يوجه أى نقد إلى المريض ، وألا يتخذ دور الرقيب ، وأن يمتنع عن اتخاذ موقف الناصح والموجه فيما يتعلق بسلوك المريض فى حياته الخاصة . ويرى فرويد

(١) يرجع استخدام سرير التحليل إلى أيام أن كان المعالج يلجأ إلى التنويم الإيحائى فى عملية التحليل .

أن على المحلل أن ـع مشاعره جانبًا وأن يهتم بإجراء عملية التحليل بأقصى درجة ممكنة من المهارة. ويجب أن ـون المحلل مستقبلا حساسًا للمواد الخام التى تستدرج من لاشعور المريض وتطفو على سطح ـوره . ويرى هارى ستاك سوليفان أن اتسام المعالج بالذكاء وسرعة البديهة وروح الدعابة يساء على الإسراع بالعلاج .

ويتلخص **دور** **ـحلل** على رأى أصحاب التحليل النفسى الكلاسيكى وعلى رأسهم سيجموند فرويد فى أن يكو ـثابة مرآة تعكس بدقة ووضوح ما يعرض عليها من دوافع واتجاهات ومشاعر المريض ، وعليه أ جيد الإصغاء والملاحظة والفهم وبذلك يكون دوره حياديا . وتستنكر كارين هورنى ورانك وفـ ـم وسوليفان اتخاذ المعالج مثل هذا الدور السلبى فى نظرهم . وهم يرون أن المعالج يجب أن ـون له دور نشط وإيجابى فى عملية التحليل فهو يجب أن يبدى المشاركة الانفعالية والفهم ـلانتباه والتسامح . ويجب أن يلاحظ التناقض فى كلام المريض ويعلق على اتجاهاته وأنماط سـ ـه ، ويعلق على الأحلام ... إلخ . ويجب ألا يتردد فى إسداء النصح وتقديم التوجيه والإرشا ـشرح والتفسير حتى تزداد ثقة المريض فى العملية العلاجية، على ألا يفرض سلطانه . وأبرز ر ـ أهمية مرونة المحلل ، فأكد مميزات التحلل من التقيد الجامد بقواعد خطوات التحليل النفسى ا ـسيكى .

وترى كارين ـى أن العلاقة العلاجية السليمة هامة كنموذج للعلاقات الاجتماعية ، وتقول إن الهدف العام من ـلاج يتمثل فى **تكوين علاقات اجتماعية سليمة** ، ومساعدة المريض على تحقيق ذاته ، وتكـ ـ علاقات إنسانية طيبة مرنة مع الآخرين ، وضمان قدرة الفرد على الاستقلال الذاتى والعمل ا ـجابى وتحمل المسئولية . وتضيف هورنى أن التحليل النفسى يتطلب عمل التغييرات اللاز ـى الاتجاهات التى تسيطر على المريض . والنتيجة العامة للتغير الذى يحدث بسبب التحليل ـ ـى تحسين علاقة الفرد بنفسه وبالآخرين فيصبح أقل عدوانًا وأكثر قوة وأقدر على أن يكون ـ ـ صداقة مع غيره .

وينظر هارى ـ سوليفان إلى المعالج كملاحظ ومشارك . ويهتم سوليفان كثيرا بتحقيق مهار المريض فى إقا ـلاقات **شخصية سليمة** متوافقة مع الآخرين .

التفريغ أو ـطهير الانفعالى

[illegible] التفريغ أو التطهير الانفعالى كما حددها فرويد [illegible] المريض [illegible] [illegible] [illegible] تذكر الحوادث والخبرات الشخصية [illegible] واسترجاع الدوافع [illegible] [illegible] اللاشعورية [illegible] الانفعالية التى لم [illegible] المريض [illegible] [illegible] الكبت وتحرير العصاب .

[illegible] أعراض العصاب تختفى [illegible]

التطهير الانفعالى التى يحدث خلالها استدراج محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور ، والتعبير عنها لفظيًا وانفعاليًا . وعلى هذا فهذه عملية علاجية هامة .

إلا أنه قد لوحظ أن طريقة التفريغ أو التطهير القائمة على الإيحاء فى حد ذاتها لا تؤدى إلى إحداث التطهير المرغوب فى بناء شخصية المريض ، وأن الشفاءالناتج عنها يكون وقتيًا وقاصرًا على إزالة الأعراض ولا يتناول الأسباب ، وهى لا تقى المريض شر استعادة الأعراض لنشاطها أو استبدالها بأعراض أخرى إذا ما تعرض المريض لنفس الظروف التى أدت إليها أو لظروف مشابهة . هذاعلاوة على أن بعض المرضى لا يمكن تنويمهم .

وقد قابل فرويد هذه المشكلة بأن لجأ إلى استخدام **الإيحاء أثناء اليقظة** والإصرار على أن المريض سوف يتذكر الذكريات المنسية . وكان ذلك يتطلب جهدًا كبيرًا من جانبه ، إذ عليه أن يتغلب عن طريق الإصرار على **مقاومة المريض**. ثم ما لبث فرويد أن وجد أن طريقة الإيحاء أثناء اليقظة طريقة قاصرة ولا يمكن الاعتماد عليها وحدها ، فهى تتضمن إقحام مؤثرات نفسية خارجية على المريض عليه أن يتقبلها دون مناقشة ، ومن ثم فهى تقرب إلى أن تكون عملية تضليل نفسى أو إجبار نفسى منها إلى أن تكون عملية إرشاد نفسى ، وهى لا تساعد المريض على الاستقلال بل تساعده أكثر على الاعتماد على المعالج ، وتقربه من أن يكون كالطفل المطيع ، وليس كل المرضى قابلين لمثل هذا التأثير . كذلك وجد أنه لا يستطيع باستخدام الإيحاء وحده دفع المريض إلى تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية المكبوتة التى سببت المرض ، فلجأ إلى التداعى الحر أو الترابط الطليق .

التداعى الحر أو الترابط الطليق :

يعتبر التداعى الحر أو الترابط الطليق الإجراء الرئيسى فى عملية التحليل النفسى للكشف عن المواد المكبوتة فى اللاشعور .

وفى بادىء الأمر كان سيجموند فرويد يطلب من المريض أن يركز جهده فى تذكر المرة الأولى التى ظهرت فيها الأعراض . ولكن بعد ذلك جعل يطلب إلى المريض أن **يطلق العنان بحرية** لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وإحساساته ومشاعره ، تسترسل من تلقاء نفسها دون تخطيط ودون اختيار أو تحفظ ودون قيد أو شرط متناولا تاريخ حياته وكل ما مر به من خبرات وأحداث دون التقيد بمعناها أو تماسكها وحتى دون التقيد بالمنطق. وعلى حد تعبير فرويد نفسه يكون المريض كالجالس بجوار شباك قطار يصف لشخص يجلس خلفه المناظر المتغيرة المتلاحقة التى يراها بأمانة ذاكرًا أى شىء وكل شىء .

وحيث أن **أفكار المريض فى موقف التحليل** تتأثر بأربعة متغيرات هى : المثيرات الخارجية، والمثيرات الحشوية الحسية ، والمواد الشعورية (مثل ما يريد ومالا يريد أن يقوله) ، والمواد اللاشعورية المكبوتة ، فإنه يحاول أن يقلل من آثار العوامل الثلاثة الأولى بقدر الإمكان .

وهكذا يمكن بهذه الطريقة أن تخرج الأفكار والخبرات والأحداث بحرية وانطلاق مرتبطة بأفكار أخرى سابقة تتصل بدورها بالأفكار المكبوتة فى اللاشعور .

ويعمل المحلل حسابه أنه سوف **يفسر ما كشف عنه التداعى الحر** من مشاعر وأفكارورغبات واتجاهات وصراعات ... إلخ، وعلاقتها بخبرات **طفولة المريض** ومشكلاته فى الوقت الحاضر، ويساعد المريض فى عملية الاستبصار بهذه المواد والخبرات التى لم يكن يعيها من قبل .

ويعتبر **الإدراك الشعورى** جزءًا رئيسيًا من العلاج بالتحليل النفسى . ويسمح إضعاف القوى الكابتة بواسطة التحليل النفسى ، باستدراج العمليات اللاشعورية وإدراكها . ذلك أنه على الرغم من أن هذه العمليات لا شعورية فإنها تؤثر تأثيرًا قويًا على الخبرة الشعورية وعلى السلوك .

وقد رأينا أن سيجموند فرويد يعتبر العلاج النفسى عملية تتضمن **استعادة كل ما استبعد بطريق الكبت من اللاشعور إلى الشعور** . وتساعد العلاقة العلاجية السليمة على تقوية الذات بدرجة تجعلها قادرة على أن تسيطر على القلق الذى يحركه استدراج المكبوت من اللاشعور إلى الشعور . ولكى نصل إلى المكبوتات لابد أن تصبح كل عوامل الكبت فى أقل درجة من درجات التأثير ، بحيث تتيح للمريض فرصة للوصول بسهولة إلى أعماق نفسه .

وقد وردت عدة **تعليقات على التداعى الحر** . فترى كارين هورنى أن التداعى الحر مرغوب فيه ولكنه ليس ضروريًا فى عملية العلاج، وتقول إنه ليس من الضرورى أن يتناول كل شيء يخطر على بال المريض ، ولكنه يقتصر على الاسترسال التلقائى غير المراقب للخبرات الداخلية (وتشمل المشاعروالإحساسات والأفكار والأحلام ...إلخ) . ورفض أوتو رانك التداعى الحر والاستبصار بخصوص جذور وأصول الصراعات الحالية على أساس أنه يلفت نظر المريض إلى ماضيه الأليم مع تركه عاجزًا عن مواجهة مشكلاته الحالية .

تحليل التحويل (تحليل الطرح) : Transference Analysis

يكون موقف المريض من المحلل فى أول عملية التحليل موقفًا محايدًا لا يصطبغ بانفعال أو عاطفة معينة . وقد لاحظ سيجموند فرويد أن **المريض أثناء التحليل يتعرض لمشاعر مختلفة تجاه المحلل** ، فهو تارة يحبه وتارة يكرهه، وقد تظهر عليه علامات الغضب أو الغيرة أو الخوف أو حتى العدوان . وحيث أن المريض لم يكن له صلة سابقة بالمحلل ، فليس هناك ما يبرر هذا السلوك . ولابد إذن أن يكون المقصود بهذا السلوك شخصًا آخر ، وما المحلل إلا رمز يرمز إليه ، باعتباره الشخص المتاح، ومن ثم تتحول تجاهه المشاعرالتى يكنها المريض فى واقع الحياة لهذا الشخص الآخر (أو الأشخاص الآخرين) ، ويطرح المريض الانفعالات الخاصة بهؤلاء على المحلل الذى يصبح هدفًا لانفعالات المريض المكبوتة . وقد يضع المريض المحلل فى دور خاص يفتقر إليه فى حياته ويعتبر خلو حياته من هذا الدور جزءًا من اضطرابه مثل دور المحب أو المحبوب . وقد أطلق فرويد على هذه الظاهرة اسم «التحويل » أو « الطرح » .

وهكذا فإن **التحويل يكشف عن أعمق تجارب المريض الانفعالية** . ولكن بالنسبة لطبيعة الموقف العلاجى التحليلى فإن الانفعالات تكون أقل شدة من الانفعالات الأصلية . فالأنا عند المريض قد أصبح أكثر نضجًا وقوة وأكثر قدرة على تحمل الصراع الذى لم يتحمله وهو ضعيف أثناء الطفولة ، ومن ثم فهو أقدر الآن على ضبط الانفعال نسبيًا . إذن ففى عملية التحويل يسلك المريض بإزاء المحلل ما كان يسلك فى ماضيه بإزاء الأشخاص المحيطين به . ومن خلال عملية التحويل يعيد المريض تمثيل المأساة الماضية التى حدثت فى الطفولة . ويرى هارى ستاك سوليفان أن عملية التحويل تشير إلى الخبرات مع الوالدين أوالإخوة أو الزوج أو المحبوب أو الرؤساء أو المدرسين أو الأصدقاء أو الزملاء ... إلخ . وعلى سبيل المثال قد ينظر مريض إلى المعالج على أنه « **الأب** » الذى كان يرفضه فى الحياة الواقعية . ففى التحويل يمد المعالج المريض بما يحتاجه فعلا وهو « الأب الطيب » فى موقف علاجى صحى .

وعلى هذا نجد أن **المريض يحيى ويحيا الخبرات** السابقة فى عملية التحويل . فالتحويل هو تحقيق فعلى فى مجال التحليل لمشكلة لا شعورية تمتد جذورها فى الطفولة . ويقوم المعالج بتحليل **سلوك المريض فى موقف التحويل** .

ويسمى التحويل الذى يتسم بالحب والإعجاب «**التحويل الإيجابى** »، وقد يأخذ شكل تحويل إيجابى جنسى ويحاول المريض استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة حب . ويسمى التحويل الذى يتسم بالكراهية والنفور « **التحويل السلبى** »، وقد يأخذ شكل تحويل سلبى عدوانى ويكون مصدراً لمقاومة المريض وعدم تعاونه وفقدان اهتمامه بالعلاج أوإنهائه . وقد يجمع التحويل بين النقيضين أى الحب والكراهية كمثل ما قد يكنه الطفل لوالديه ، ويطلق على هذا اسم « **التحويل المختلط** » .

ويمكن للمعالج أن يستفيد من التحويل الانفعالى فى التغلب على المقاومة التى تطرأ على المريض ومعرفة السبب الذى من أجله حدث الكبت . وبدراسة سلوك المريض المتكرر خلال عملية التحويل يستطيع المحلل أن يكون فكرة واضحة عن النمط السلوكى فى حياة المريض .

وقد يحدث فى علاقة التحويل الإيجابى التى تحدث فى مرحلة مبكرة من التحليل النفسى **أن** تختفى أعراض وتبدو علامات الصحة النفسية واضحة على المريض . وهذا يرجع أساسًا إلى التخلص من القلق . وهذا يحدث بسبب الثقة فى المحلل . وحيث أن هذه الثقة هى أحد عناصر التحويل ، فإن هذه الظاهرة تعرف باسم « **علاج التحويل** » .

وفى عملية التحويل أيضًا ، ومن خلال العلاقة العلاجية بين المحلل والمريض وتكرار الأنماط السلوكية العصابية ، يستبدل العصاب الكلينيكى الأصلى بعصاب آخر يسمى «**عصاب التحويل**» transference neurosis ، وهذا التكوين العصابى الجديد يوجه نحو المعالج والتحليل . وفى التحليل النفسى يجب تفسير عصاب التحويل وضبطه وعلاجه .

ويلاحظ أنه قد تحدث عملية « **تحويل مضاد** » counter-transference من جانب المحلل . فالمريض يعبر عن خبراته الانفعالية أثناء عملية التحويل . وعملية التحويل أيضًا تعتبر خبرة انفعالية بالنسبة للمحلل نفسه . فقد يستجيب المحلل انفعاليًا تجاه انفعالات المريض، وهذا من شأنه أن يؤثر فى قدرة المحلل على أن يقوم بتحليل موضوعى . والتحويل المضاد ظاهرة غير مرغوب فيها وترجع إلى العناصر المكبوتة غير المحللة فى لاشعور المحلل نفسه . ولا شك أن هذه مشكلة كبيرة بالنسبة للمحلل ، ولذلك يجب أن يكون المحلل حريصًا جدًا ويحول تمامًا دون حدوث التحويل المضاد . والمحلل وإن كان لابد أن يتجاوب انفعاليًا مع المريض - كشرط أساسى لفهمه - إلا أنه يجب أن يكون قادرًا تمامًا على ملاحظة وضبط انفعالاته هو شخصيًا .

ويقول سيجموند فرويد إن **التحويل هو الميدان الذى ينبغى أن يحرز فيه النصر النهائى** الذى يتبلور فى الشفاء الدائم من العصاب . ولا شك أن السيطرة على مظاهر التحويل تثير أعظم صعوبات يواجهها المحلل النفسى . ولكن هذه المظاهر وحدها هى التى تتيح للانفعالات الودية أو العدائية أو الودية العدائية المنسية أن تتحقق وأن تظهر ، وبذلك يسهل علاجها .

ويؤكد أوتو رانك أهمية تنمية استقلال المريض والبعد عن عملية التحويل ، وعدم تشجيع المريض على الاعتماد على المعالج . وعلى المعالج واجب **تحليل التحويل** أى تحرير المريض من التحويل بأن يفسره له ويبين له سببه ويوضح له أن مشاعره أو انفعالاته هذه ليس مصدرها الوقت الراهن ، ولا صلة لها بشخص المحلل ، بل إنها أسقطت على شخص المحلل خلال عملية التحويل.

ويلجأ بعض المعالجين إلى العلاج النفسى الجماعى للمساعدة فى **فطام المريض انفعاليًا** من علاقة التحويل . ففى الجلسات الجماعية يتشعب التحويل إلى علاقةمتعددة الأبعاد بدلا من اتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فقط ، وذلك يسهل التخلص التدريجى من التحويل .

هذا ولا يكون تحليل التحويل خطوة خاصة من العلاج كما يقال أحيانًا ، بل ينبغى أن **يبدأ منذ بداية العلاج ويستمر حتى نهايته** كلما استطعنا إلى ذلك سبيلا . وعلى العموم فإن فرويد يعتبر أن عملية التحويل وعملية المقاومة هما أهم ما يميز التحليل النفسى عن غيره من طرق العلاج.

تحليل المقاومة : Resistance Analysis

لاحظ سيجموند فرويد أن المريض أثناء التداعى الحر أو الترابط الطليق قد يبدى مقاومة شديدة لا شعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة فى اللاشعور إلى حيز الشعور . ومن الناحية الإجرائية فإن **المقاومة هى** أى شيء يعوق سير عملية التحليل ويحاول إجهاضها، وهى قوة مضادة للعلاج. والمريض يقاوم التداعى الحر حين يلمس نقطة حساسة فى حياته . وتعتبر القوى الانفعالية التى تبعث المقاومة عكس تلك التى تحدث التحويل .

ويعلق المحلل النفسى أهمية خاصة على المواد والخبرات المؤلمة والأفكار والرغبات والصدمات الانفعالية التى تعترض المقاومة ظهورها لأن لها **دلالة خاصة** وارتباطًا وثيقًا بمشكلات المريض الأساسية . ومن المعروف أن التفسير والشرح ، الذى يقدمه المحلل للمريض بخصوص المكبوتات اللاشعورية ، هو نفسه ما كان المريض يحرص على كبته . ولذلك تهب وسائل الدفاع وتنشط . هذا فضلا عن أن المقاومة وليس عدم المعرفة هى التى تمنع المريض من فهم مشكلاته . وتقول كارين هورنى إن المقاومة تنبع من القوى التى تقدم الحافز نحو تحقيق الذات (بما فى ذلك العصاب نفسه) ودفاعات المريض . وقد تكون شخصية أو غير شخصية ، ضد الذات أو ضد المعالج ، سلبية أو نشطة ، سافرة أو مستترة .

وقد تكون ظاهرة **التحويل السلبى العدوانى** مصدراً لأقوى مقاومة للعلاج مما قد يفقد المريض اهتمامه بالعلاج وسيره ويصبح غير متعاون وقد ينهى العلاج .

وقد تكون **المكاسب الثانوية** من وراء المرض عاملا هاما فى حدوث ظاهرة المقاومة (راجع الفصل الثالث « أعراض الأمراض النفسية ») .

وقد يكون لدى المريض **رغبة مرضية فى المعاناة** والبقاء فى حالة المرض رغبة فى تحطيم الذات . وفى هذه الحالة يكون الأنا لدى المريض غير قادر على تحقيق وحفظ الذات .

وقد يقاوم المريض اكتشاف المقاومة التى يبديها لا شعوريًا خاصة إذا عرفنا أن المقاومة تعتبرإحدى حيل الدفاع النفسى لدى المريض ضد كشف المكبوتات غير المرغوب فى كشفها وإلقاء الضوء عليها .

وتكون **المقاومة على أشدها** عندما تكون المواد المكبوتة بغيضة أو مخيفة أو محرمة أو مشوبة بالشعور القوى بالخجل أو الذنب أو إذا كان ظهورها فى حيز الشعور لا يقبله المريض مثل الخبرات الجنسية ، والعدوان ضد الوالدين أوغيرهم .

أما عن **مظاهر المقاومة** فأهمها : الامتناع عن الإفضاء بأى أفكار للمحلل أو الإفضاء بأفكار ظاهرية ، والكلام بصوت غير مسموع أو الصمت الطويل ، والبطء أو التوقف أثناءالتداعى الحر ، والاسترسال فى موضوع واحد دون غيره ، والاكتفاء بالكلام عن الحقائق فقط والاحتفاظ بما عدا ذلك ، وتوجيه أسئلة غير مناسبة للموضوع لتحويل مسار التداعى، والانصراف عن المحلل وعدم الإصغاء إليه ، وإعداد ما يراد قوله فى شكل مذكرات حرصًا على عدم ظهور أى شىء غير مرغوب التحدث عنه ، والجلجة ، وفلتات اللسان ، وتصحيح ما يقوله ، والملل والضيق وظهور علامات القلق مثل اللعب فى الملابس وأجزاء الجسم ، والميل إلى النوم ، والنسيان ، والإنكار ، والتبرير ، والغموض ، وعدم رغبته أو عدم قدرته على التعاون مع المحلل لتحقيق هدف العلاج ، وعدم الموافقة على التفسيرات التى يوردها المحلل والنضال ضدها ، ومحاولة إثبات أن المحلل مخطىء ،

والتشكك فى قيمة العلاج بالتحليل ، والحضور متأخرًا إلى جلسات التحليل أو تناسى مواعيدها أو الاعتذار عنها.

ويؤكد سيجموند فرويد ضرورة **مقاومة مقاومة المريض** بالإصرار . أى أن من واجب المعالج **تحليل المقاومة** وكسر حدتها وإضعافها والقضاء عليها ، ولفت نظر المريض إليها وإلى مظاهرها ، وتوضيح وشرح كيف أنها تمنع الوصول إلى أسباب مشكلات المريض ، وجعله يواجه أفكاره الغريبة ورغباته المخجلة وخبراته العنيفة وجهاً لوجه ، وبهذا يستطيع أن يستدرج هذه الأفكار والرغبات والخبرات إلى حيز الشعور حيث يمكن حل المشكلة . ويعتبر التفسير هو الأداة الرئيسية لتحقيق ذلك حيث تتحول المقاومة إلى تعاون يؤدى إلى الاستبصار وفهم النفس .

هذا ويلاحظ أن المريض قد يبذل جهودًا لا شعورية فى **مقاومة تحليل المقاومة** . فالمريض قد يعتبر جهود المحلل لتحليل المقاومة بمثابة هجوم شخصى عليه يزيد القلق ويدعو إلى مزيد من المقاومة . ومن هنا نجد أن من واجب المحلل أن يبذل كل جهده فى التغلب على هذه المقاومة هادفًا إلى تحقيق تعاون المريض حتى يسير التحليل نحو تحقيق أهدافه العلاجية .

وقد اكتشفت مجموعة من **العقاقير** لها أهميتها فى إحداث حالة نفسية بالمريض تمكنه خلالها من الرجوع بذاكرته إلى مرحلة الطفولة المبكرة ، وبذلك يمكن التغلب على المقاومة والإسراع فى عملية التحليل . على أنه يجب الحذر الشديد عند استعمال هذه العقاقير .

تحليل الأحلام : Dream Analysis [1]

نشر سيجموند فرويد مؤلفه عن « **تحليل الأحلام**» عام ١٨٩٩ (٢) – ويرى فرويد أنه لما كان الأنا فى حالة اليقظة هو الذى يسيطر على قوة الحركة ، فإن هذه الوظيفة تتعطل أثناءالنوم ، ومن ثم يتلاشى جزء كبيرمن الرقابة التى تفرض على الهو أو اللاشعور . وسحب الشحنات النفسية الى تقوم بوظيفة الرقابة أو إضعافها يسمح للهو بشىء من الحرية التى تبدو الآن غير ضارة.



شكل (٨٥) حلم مخيف

(١) مما هو جدير بالذكر أن من الذين اشتهروا من العرب فى تفسير الأحلام « محمد بن سيرين » منذ ١٣ قرنًا مضت . وتقسم الروايات الإسلامية الأحلام إلى ثلاثة أقسام : الأول تعبير عن الأفكار العادية أو الأسرار الخاصة للإنسان وتعبر عن ضميره الباطن ، والثانى عبارة عن الأفكار المشتتة والمضطربة مثل تلك التى تتوارد أحيانًا فى اليقظة وهذه تعرف باسم « أضغاث الأحلام » ، والثالث : الأحلام الإلهامية كحلم سيدنا يوسف عليه السلام . يقول رسول الله صلى الله عليه وسلم : « الرؤيا ثلاثة : بشرى من الله ، وتحزين من الشيطان ، والذى يحدث به الإنسان نفسه فيراه فى منامه » .

(٢) انظر ترجمة هذا الكتاب باللغة العربية : مصطفى صفوان (١٩٨١) تفسير الأحلام . القاهرة : دار المعارف .

وقد استخدم فرويد تحليل الأحلام كوسيلة للوصول إلى أعماق اللاشعور والكشف عن أسراره . ويعتبر فرويد أن الأحلام بمثابة « **الطريق السلطانى** » **إلى اللاشعور** الذى يحتوى على العقد والدوافع والرغبات المكبوتة والتى يرى أن أغلبها جنسية، وهى وإن كانت مكبوتة ، إلا أنها لم تفقد القدرة على الظهور رغبة فى الإشباع. وبعبارة أخرى فإن الحلم يعتبرنافذة مطلة على أعماق النفس.

ويقول فرويد إن **تكوين الأحلام** يمكن أن يحدث بطريقتين مختلفتين . فقد يكون أصلها أن أحد الدوافع أو الرغبات الغريزية التى تكون عادة مكبوتة ومختزنة فى اللاشعور - والتى تحول الأوضاع الاجتماعية دون تحقيقها فى الواقع - تجد قوة كافية أثناء النوم تجعلها تؤثر فى الأنا (الرقيب) الذى يكون فى غفلة أثناء النوم وتفلت منه وتشق طريقها من اللاشعور إلى الشعور وتفصح عن نفسها فى الأحلام . وقد يكون أصل الحلم رغبة متخلفة من حياة اليقظة - أى سلسلة من الأفكار الموجودة قبل الشعور بكل ما تتضمنه من الدوافع المتصارعة - تلقى تدعيمًا أثناء النوم من أحد العناصر اللاشعورية . وباختصار فإن الأحلام قد تنشأ إما من الهو وإما من الأنا .

ويفسر فرويد كيف ولماذا يقوم الأنا النائم بعملية الحلم . إن كل حلم فى مرحلة التكوين إنما يقوم تحت تأثير اللاشعور بمطالبة الأنا بإرضاء غريزة أو بحل صراع ..إلخ . ويعتبر فرويد أن «**الحلم هو حارس النوم** » . فالأنا النائم شديد الرغبة فى الإبقاءعلى النوم وحمايته من الإزعاج. وهو يرى فى هذه المطالبة التى تنبعث فى الحلم إقلاقًا لراحته يعمل على التخلص منها . ويحقق الأنا ذلك بما يبدو كأنه موافقه . فهو يجيب هذه المطالبة بما يعتبره فى هذه الظروف إشباعًا بريئًا لرغبة معينة ، وبذلك يتخلص من المطالبة . وعملية الإبدال هذه التى تشبع بها رغبة ما بدلا من تحقيق ما يطلبه الهو هى الوظيفة الرئيسية للحلم . ويضرب فرويد مثلا بحلم عن الجوع . ففى أثناء النوم تتنبه فى الشخص صاحب الحلم حاجة للطعام ، ويحلم الشخص أنه يتناول طعامًا لذيذًا ، ثم يستمر فى نومه. وكان على الشخص بالطبع أن يختار بين الاستيقاظ وتناول شىء من الطعام أو الاستمرار فى النوم. وهنا نجده قد اختار الأمر الثانى وأشبع جوعه عن طريق الحلم بصفة مؤقتة ، إذ لو استمر جوعه لاضطر إلى الاستيقاظ . ويضرب فرويد مثلا آخر بحلم عن الرغبة الجنسية . فقد تتحرك أثناء النوم. رغبة فى علاقة جنسية محرمة ، فيحلم النائم أنه يمارس العملية الجنسية .

وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم . أما عن **المضمون الصريح أو المحتوى الظاهرى** للحلم ، فهو ما يرويه الشخص (ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة)، وعادة يكون سارًا . أما عن **المضمون الكامن أو المحتوى الباطنى للحلم** ، فهو ما يحاول المحلل أن يصل إليه ، وعادة ما يكون مؤلمًا ، وقد يكون مشوشًا غير مفهوم أو لا معنى له ، أو مناقضًا للواقع ، أو متضادًا (حيث لا يوجد فى اللاشعور فصل بين الأضداد ، ولذلك فأى عنصر فى الحلم الظاهر قد يعنى أيضًا ضده).

ويطلق على العملية التي تحول المحتوى الباطني المؤلم إلى محتوى ظاهري سار عملية **«إخراج الحلم»** . وهكذا فإن الحلم الذي نحكيه (بعد اليقظة) ليس هو الحلم الحقيقي . ويمكن صياغة ذلك في الصورة الآتية :

إخراج الحلم = المحتوى الحقيقي + المحتوى الظاهري - المحتوى الباطني .

ويلجأ الحالم في إخراج الحلم إلى وسائل هي :

* التكثيف: أي تكوين وحدات جديدة من عناصر هي بالضرورة منفصلة بعضها عن بعض ، وحذف بعض العناصر ، وإدماج العناصر المتشابهة مع بعضها في بعض الصفات .
* النقل : أي نقل سمات انفعالية من شخص إلى آخر ، أو نقل التأكيد من عنصر من عناصر الحلم إلى عنصر آخر .
* الإخراج المسرحي : أي تحويل الأفكار إلى صور ذهنية بصرية كما لو كانت فيلمًا سينمائيًا وأنها تتعلق بشخص آخر ، وبهذا تصبح أقل إثارة للناحية الانفعالية في الشخص .
* التعبير الرمزي [١] : أي ظهور الموضوعات والمواقف في صور رمزية لا تسبب الألم أو الانفعال الشديد . ويكون معنى هذه الرموز في معظم الأوقات غير معروف للحالم .
* الصياغة الثانوية : التي يقوم بها الحالم بإعادة تنظيم أجزاء الحلم وتحريفه وإضافة تفصيلات أو تحسينات ثانوية لسد ما به من ثغرات، وإضافة « الشيء لزوم الشيء » ، فإذا كان فرحًا كانت هناك الموسيقى والأنوار والمدعوين . وبذا يصبح الحلم أقرب إلى المنطق .

وقد اهتم كارل يونج إلى حد كبير بتحليل الأحلام والخيال والإنتاج الفني . وفي حين ينظر فرويد إلى الحلم على أنه « **تحقيق لرغبة** » [٢] ، فإن يونج يشكك في ذلك إذ أن كثيرًا من الأحلام يتضمن أمورًا مؤلمة في الواقع ، أو أنها توقظ الحالم في حالة قلق نفسي ، فنحن نجد أن يونج ينظر إلى الحلم ليس كتعبير لرغبات كامنة مكبوتة ، ولكن كتعبير لا إرادي لعملية نفسية لا تخضع لضبط

---

(١) رموز الأحلام كما ذكرها فرويد معظمها جنسية . فمن الرموز الدالة على القضيب الثعبان والعصا والسكين والمسدس والمفتاح والقلم والديك . ومن الرموز الدالة على الفرج : الكهف والفرن والدبلة وحدوة الحصان والصندوق . ومن الرموز الدالة على العملية الجنسية : صعود السلالم أو نزولها والطيران والحرث والطحن . ومن الرموز الدالة على المني : البذور والملح والخمر والدموع ... وهكذا . إلا أن فرويد كعادته قد غالى في التفسير الجنسي لرموز الأحلام . فكثير من العالمين بتأويل الأحلام يعتبرون الثعبان رمزًا للمعرفة أو الحكمة أو العدو ، ويعتبرون الدبلة رمزًا للزواج ، ويعتبرون الصعود رمزًا للطموح أو الرفعة ، والديك رمزًا للخيانة ... وهكذا . ومن هنا نلاحظ أنه لا يوجد اتفاق عام حول تفسير رموز الأحلام .

(٢) يقول الشاعر : أظل يقظان في تذكره   حتى إذا نمت كان لي حلما

ويقول المثل العامي : الجوعان يحلم بسوق العيش .

ويقول مثل آخر : حلم القطط كله فيران .

الشعور ، وهي من ثم تعبر عن الحالة الذاتية للمريض في واقعه . ويتبع يونج في تحليله للحلم مستويين ، أولهما مستوى الموضوع ، وثانيهما مستوى الشخص .

كذلك اهتمت كارين هورني بتحليل الأحلام ، وهي ترى أن **الأحلام تزيد البصيرة حول الحالة** ، وتكشف عن بعض اتجاهات المريض نحو العالم . وهي تهتم بالحلم من حيث هو مختصر أم مفصل ، منتظم أم غير منتظم ، قريب من الواقع أم بعيد عنه ، ثابت أم ملىء بالحركة ، نادر أم متكرر أم دوري . كذلك فهي تتلمس من الحلم الاتجاهات والصراعات والحلول والعلاقات بالآخرين ... إلخ .

ويعتقد إيريك فروم أن **الأحلام تعكس العناصر المعقولة والعناصر غيرالمعقولة** من الشخصية في نفس الوقت .

وفي ضوء هذا كله نجد أن **إجراء تحليل الأحلام** يتضمن أن يطلب المحلل من المريض أن يروي له آخر حلم رآه دون تحرز أو تحرج . ثم يسجل المحلل مادة الحلم كما يرويها المريض مع ما يذكره من تعليق عليها أو ما يظهر عليه من انفعال أثناء الرواية والتعليق . وقد يلفت المحلل نظر المريض إلى روابط خاصة من أجزاء مختلفة من الحلم ، أو يسأله عما يثيره موقف خاص أو شخص معين في الحلم من ذكريات عن نفسه . ويستعين المحلل بالتداعي الحر والأسئلة لاستجلاء غوامض الحلم . ويستعين المحلل أيضًا في تأويل الحلم وتفسير رموزه بالمريض نفسه ، فلا شك أن أفكار الحالم تمد المحلل بحلقات متوسطة يمكن أن تسد الفراغ الموجود بين المحتوى الظاهري والمحتوى الكامن للحلم ، ويمكن أن يستعين بها في الكشف عن تلك المادة وتفسيرها . وإذا انتقل المريض من حلم إلى آخر فيجب على المحلل أن يتركه يسترسل كما يشاء ، على أن يلاحظ العناصر المشتركة بين الأحلام المختلفة .

وهكذا نرى أن تحليل الأحلام يعتبر **وسيلة مساعدة في عملية التداعي الحر** حيث يتمكن المعالج من استعمال المواد التي وردت في الحلم كوسيلة لاستدعاء نقاط معينة مما يوضح مختلف نواحي النشاط النفسي .

ويحاول المحلل أن يدرك **معنى الحلم** في المجرى العام للعملية العلاجية وذلك بوضعه في سياقه ، وبنسبته إلى معايير الموقف العلاجي وغيرها مما يتصل بالحياة الراهنة ، والحالة الجسمية ، والماضي والطفولة ، والمطامح والآمال في المستقبل . وهكذا يتطلب الحلم مجهودًا لتفسيره .

ويخضع **تفسير الحلم** لمقتضيات سير العلاج ، ففي أغلب الحالات لا يكاد يكمل تحليل حلم حتى تظهر مشكلات جديدة . وبالعكس ، يمكن أن تتضح الأجزاء التي تظل غامضة من حلم ما بفضل تطور التحليل .

وعلى أية حال فإن بعض المحللين يرون أنه من المستحسن **تأجيل عملية تحليل الأحلام** إلى أن يحصل المعالج على قدر كاف من المعلومات عن مشكلات المريض وصراعاته التى أظهرت هذه الأحلام . (انظر نيريس دى ، ١٩٨٧) .

التفسير التحليلى :

يعتقد عدد كبير من المحللين النفسيين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن **تورية لأشياء أخرى** ، ومن ثم فإن على المحلل استنتاج وترجمة **وتفسير المعانى** الكامنة وراء ذلك . ومع تقدم جلسات التحليل تبدأ المعانى وكل ما يرتبط بمشكلات المريض فى الظهور . وبالطبع يكون المحلل هو أول من يلاحظ ذلك ويجد له تفسيرًا فى ضوء معرفته النفسية التى جمعها من خبرته بالحياة ، ومن ثقافته ، ومن تحليله الشخصى ، ودراساته ، وحالات التحليل التى قام بها .

ولا شك أن **التفسير يجب أن يكون كاملا وصحيحًا ومنطقيًا** حتى يقبله المريض وحتى يؤدى إلى هدف التحليل النفسى فى كشف وفهم الذكريات المكبوتة . وهكذا يعتبر التفسير من أخص ما يميز عملية التحليل النفسى ، ويعتبر أيضًا المظهر الرئيسى لتدخل المعالج فى الصراعات العصابية لدى المريض .

ويتناول التفسير التحليلى العلاقة الدينامية بين المريض والمحلل ، والمواد التى تنكشف خلال عملية التداعى الحر ، والتحويل وعصاب التحويل ، والمقاومة ، والأحلام ... إلخ .

كل هذه الأشياء يفسرها المحلل داخليًا فى ضوء نظرية التحليل النفسى مستعينًا بخبرته فى التحليل .

ويلجأ المحلل إلى **التفسير بهدف** : إحداث تغيير فى إدراك المريض للأشياء ، وإحداث تغيير فى معرفته ومشاعره تجاه نفسه وإحداث تغيير فى سلوكه ، وجعل المواد اللاشعورية شعورية ، وتنمية بصيرة المريض ومساعدته فى حلها ، وتسهيل التداعى الحر ، وتحليل التحويل والتغلب على المقاومة ، وزيادة اهتمام المريض بالتحليل ، وشعور المحلل بعمل شىء ملموس للمريض .

التعلم واكتساب العادات :

يعتبر التعلم واكتساب العادات **خطوة ضرورية** فى التحليل النفسى . وقد رأينا أن التحليل النفسى يهدف إلى مساعدة المريض فى تغيير اتجاهاته وتنمية بصيرته . وقد يحتاج تحليل التحويل وتحليل المقاومة إلى جهود كبيرة تبذل فى هذا الصدد . وقد علمنا أن التحليل النفسى يتضمن إحداث تغيير فى بنية الأنا عن طريق الاستبصار بخصوص المشاعر المكبوتة والصراعات غير المحلولة وإعادة التنظيم الانفعالى .

ويوصى ألفريد آدلر بعلاج **وإعادة تعليم وتوجيه** الطفل المشكل وكذلك إعادة تعليم وتوجيه الوالدين فيما يتعلق بالعلاقات بينهما وبين الطفل .

وترى كارين هورنى أن التحليل عبارة عن **إعادة تربية وتعلم** ، فالمحلل يجب أن يتناول المشكلات الأخلاقية وأن يشير إلى الجوانب البناءة والجوانب الهدامة فى اتجاهات المريض .

والعلاج فى نظر هارى ستاك سوليفان ليس مجرد كشف المكبوتات ، بل هو أيضًا **عملية تعلم** يعاد فيها تنظيم الأنماط السلوكية للمريض وتعلم أنماط سلوكية جديدة .

وباختصار فإن على المحلل أن يساعد المريض فى **اكتساب عادات** سليمة واقعية توافقية ، ورسم فلسفة حياة وخطة مواجهة شاملة .

نقاط هامة فى التحليل :

أكد سيجموند فرويد أن على المحلل أن يحرص على **إعادة التوازن بين أركان** الشخصية الثلاثة ، أى تحليل دوافع الهو ، وتحليل مطالب الأنا الأعلى وتحليل مقومات الأنا بجعلها شعورية .

وأضاف فرويد أيضًا أنه يجب توجيه الاهتمام إلى حل الصراعات التى يعانى منها المريض .

ونظرًا لأن **عقدة أوديب (أو عقدة إليكترا)** تعتبر فى نظر فرويد نواة كل أنواع العصاب ، كان لابد فى العلاج - لكى ينجح - أن يتوصل إلى ذكريات الطفولة المرتبطة بها .

ويرى كارل يونج ضرورة **تقوية الأنا** حتى يتمكن من مواجهة الدوافع والدفعات الصادرة من **النماذج الأصلية المكبوتة** واستغلال جوانبها الموجبة والباسها دوراً بناء معززاً للشخصية كأن تحول الغضب إلى شجاعة والجمود إلى حزم ... إلخ .

ويؤكد يونج ضرورة **إعادة غرس الإيمان** والرجاءوالحب والبصيرة . كذلك يركز يونج على أهمية تحقيق التوافق مع الواقع الداخلى والخارجى وتنمية الإمكانات الخلاقة لدى المريض .

ويرى ألفريد آدلر أن المعالج النفسى يجب أن يحاول تحريك الإمكانات الإيجابية الخلاقة لدى المريض ومساعدته فى **معرفة عقد النقص** فى نفسه ، وأن ينمى الشجاعة لدى المريض لمواجهة نواحى النقص لديه بإمكاناته الإيجابية .

ويبرز آدلر أهمية دراسة ومعرفة **هدف حياة المريض** ، وإلى أى حد سمحت الظروف والفرص والخبرات للفرد أن يحقق الأهداف التى حددها لنفسه ، ومساعدته على أن يتقبل هدفًا أكثر تشبعًا بالميل الاجتماعى حيث تسود حياته عوامل المشاركة الوجدانية وحب الآخرين .

ويضيف آدلر ضرورة إرشاد المريض ، إلى بعض الطرق العلمية التى تهيىء له التوافق النفسى الاجتماعى بأن يتخلى عن **أسلوب حياته** الشاذ، الذى يسعى به إلى تحقيق ذاته بطريقة غير سليمة، وانتهاج أسلوب حياة أكثر نضجا وواقعية ونجاحا.

كذلك يرى آدلر ضرورة تنمية **مفهوم موجب عن الذات** لدى المريض.

وترى كارين هورنى أن أهم خطوات العلاج تتمثل فى التقليل من حدة القلق بالوقوف على النزعات العصابية التى يتبناها المريض كحل لصراعاته ومعرفة آثارها فى شخصيته، وتبصير المريض بذلك ثم حل الصراع نفسه وشرح وتفسير العوامل التى تعتبر ذات أهمية فى اضطراب المريض فهو يستثير ويكشف ويركز الانتباه ويلخص ويكرر ويعبر عن فهمه... إلخ.

ويهدف العلاج فى رأى أوتو رانك إلى مساعدة المريض على أن يتقبل الانفصال ـ الذى نتج عنه صدمة الميلاد ـ دون شعور بالخوف. ويهدف أيضا إلى تنمية اتجاهات واقعية وسلوك واقعى لدى المريض عن طريق دراسة مواقف الحياة الحقيقية سواء فى الماضى أو الحاضر.

ويهتم رانك بما أسماه «**علاج الإرادة**» Will therapy [(١)] وتكوين الإرادة الإيجابية الحقيقية. ويرى أن من الواجب أن يتجه العلاج النفسى أساسا نحو تحقيق الإرادة القوية. ووسيلة ذلك هى العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج حيث يجعل فيها المعالج من نفسه مكملا لإرادة المريض. ويعتبر العلاج ناجحا إذا أمكن تغيير وتوجيه إرادة المريض. ويقول رانك إن تحقيق قوة الإرادة أهم من الغوص فى عملية التطهير الانفعالى والاستبصار. فعن طريق قوة الإرادة يمكن أن يحل المريض مشكلاته. ومن هنا أيضا نلاحظ أن رانك يركز على تحليل المشكلات الحالية للمريض أكثر من تحليل الماضى.

ويرى هارى ستاك سوليفان ضرورة **تركيز العلاج على القلق** والإطار الشخصى الاجتماعى الذى يحدث فيه، والتركيز على اكتشاف أسباب حدوث الحالة التى يشكو منها المريض، مع دراسة نواحى تهديد أمنه ووسائل دفاعاته.

ويؤكد سوليفان أهمية دراسة **المواقف الحالية** التى يمكن أن تؤدى إلى تذكر الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر والاتجاهات المتصلة واستدراجها إلى وعى المريض، وذلك تجنبا لجوء المريض إلى وسائل بديلة (العصاب) أو عمليات تفككية(الذهان).

ولفت سوليفان الأنظار إلى أهمية **تغيير وعلاج البيئة والوسط** الاجتماعى.

ويضيف سوليفان ضرورة العمل على تحقيق **تحسن فى مفهوم الفرد عن ذاته** وتطابقه بقدر الإمكان مع فكرة الآخرين عنه.

نتائج التحليل:

تتوقف نتائج التحليل على عوامل متعددة مثل صورة المرض، والاختلافات الفنية، وشخصية المحلل، وشخصية المريض، والظروف الخارجية المواتية وغير المواتية، ومزايا الشفاء ومساوئه بالنسبة للمريض.

---

(١) كتب رانك Rank (١٩٤٥) كتابه «علاج الإرادة».

ويقول دانيـل لاجاش (١٩٧٥) إن حوالى خمس الحالات التى تعالج بالتحليل النفسى يمكن اعتبارها من الناحية الاجتماعية الفنية قد بلغت الغاية «**الشفاء التام**».

وليس اختفاء الأعـراض أمرا حاسـما، إذ يمكن للمريض «**الاحتماء بالصحة**» فراراً من التحليل، أو إرضاء للمحلل، أى بسبب بواعث لا شعورية تعطل الشفاء الحقيقى.

ويستمر التحليل حتى تتكشف عناصر حياة المريض النفسية وصراعاته اللاشعورية ويتم فهم حالته ونشأة مرضه وتطـوره، ومعرفة ما ترمى إليه الأعراض بصورتها الرمزيـة، ومعرفة حلقة الوصل بين الأسباب والأعراض وإذا مـا انكشفت للمريض تلك الصـفحة المطوية من حياته النفسـية تحسنت حالته وتم شفاؤه.

ومن النتائج الهامة للتحليل النفسى: احتلال الشعور محل اللاشعور واحتلال الأنا مواقع الهو، وتحطيم الحيل الدفاعية العصابية للأنـا وتحرير الأنا مـن قبضة الهـو، وتدعيم قوة الأنـا حتى يستطيع مواجهة الأنا الأعلى والتوافق معه، وتحرير الأنا الأعلى حتى يصبح أكثر مرونة، وإحلال مبدأ الواقع محل مبدأ اللذة، واختفاء الأعراض، وحل الصراع والقضاء على القلق العصابى، وحدوث تغير فى بناء الشخصية.

هذا ويعتبر **التطور السيء للحالة أمرا نادرا واستثنائيا.**

وعلى العموم فعلى كل من المعالج والمريض أن يحـذر أوهام الكمال والقدرة السحرية للتحليل النفسى. فقد يتبقى - على الرغم من التحليل - بعض الصراعات اللاشعورية التى لـم تكشف إما بسبب ظروف حياة المريض أو بسبب ظروف الموقف العلاجى. وفى مثل هـذه الحالة **قد تحدث نكسة** تحتاج إلى المزيد من العلاج التحليلى.

ملاحظات على التحليل النفسي:

ملاحظة عامة:

يلاحظ أن **بعض المعالجين النفسيين يرون أن التحليل النفسى هو الطريقة المثلى** والوحيدة ولا بديل له وأنه يعلو على كل طرق العلاج الأخرى وأنه طريقة الطرق. وهؤلاء يتمسكون بالتحليل النفسى الكلاسيكى فى تزمت وجمود ويتبعون سيجموند فرويد حرفيا فى نهاية القرن العشرين، وعلى مشارف القرن الحادى والعشرين. ونذكر هؤلاء أن فرويد نفسه قد عدل آراءه وطورها منذ بدأ فى الثمانينيات من القرن الماضى حتى توفى سنة ١٩٣٩ عدة تعديلات وتطويرات. ونذكرهم أيضا أن زملاءه وتلاميذه وحتى ابنته «أنا فرويد» اختلفوا معه فى بعض أو فى كثير من آرائه. ومن المؤكد أن فرويد نفسه لو كان قد طال به الأجل أكثر لم يكن ليتمسك بآرائه كما يتمسك بها هؤلاء. ولو فرضنا أنه قد حدث هذا من فرويد نفسـه، ألا يكون فى هذا نوع من التثبيت العلمى وتوقف النمو العلمي غير المرغوب.!

وفي نفس الوقت يحمل البعض - ومعظمهم من غير علماء النفس - نحو التحليل النفسى اتجاها سالبا منفعلا أحيانا حتى يصل إلى تعصب ضده، لدرجة أنهم **يسقطون نظرية التحليل النفسى** من حسابهم تماما، أو يجعلون منها محورا لنقدهم وتهجمهم - وأحيانا «أكل عيشهم» - ربما على أساس أن سيجموند فرويد يهودى صهيونى مغرض، صنع نظرية مبهرجة ذات اتجاه يهودى مادى جنسى، تقوم على أساس مخلخل ومنهج غير علمى، فجاءت عقيمة متخلفة تمثل مرحلة قديمة فى نمو العلاج النفسى، لا ينبغى الوقوف عندها فى مجال علم النفس الحديث. وهؤلاء قد يكونون من الذين يؤثرون التطاول وهم جلوس فى ميدان «علم نفس المصاطب». وأولى بعلماء النفس والنقاد المتخصصين فى ميدان علم النفس العلاجى أن يتخذوا موقفا علميا موضوعيا بالنسبة لسائر النظريات وكل العلماء. فكل نظرية كما نعلم تقوم على أساس دراسات وبحوث تمت فى مرحلة معينة من مراحل تطور العلم وعلى يد عالم معين له دينه وجنسيته، ومن ثم يكون لها ما لها وعليها ما عليها. إن أهدى سبيل هو أن نتبع قول الله تعالى: «الذين يستمعون القول فيتبعون أحسنه أولئك الذين هداهم الله وأولئك هم أولو الألباب». (سورة الزمر: آية ١٨).

استخدامات التحليل النفسى:

يؤتى العلاج بالتحليل النفسى أحسن ثماره فى **الحالات الآتية**:

* حالات الهستيريا، والقلق، والمخاوف، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب، وحالات اضطراب الشخصية، وحالات الإدمان.
* حالات مختارة من الأمراض النفسية والجسمية.
* حالات الانحرافات الجنسية والجناح.
* الأمراض والمشكلات التى تكمن جذورها فى الماضى البعيد للمريض والتى لم تحل وما زالت تعمل على هدم شخصيته.
* المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٤٠ (ويوسع البعض المدى ليشمل الأعمار بين ١٥ - ٤٥ سنة).

موانع استخدام التحليل النفسى:

يلجأ بعض المحللين إلى إجراء «**محاولة تحليل**» Trial analysis لاستكشاف ما إذا كانت الحالة قابلة للتحليل أم لا.

وعلى العموم يجب عدم استخدام طريقة التحليل النفسى فى **الحالات الآتية**:

* حالات الذهان (وخاصة فى حالة بعد المريض عن الواقع بوضوح).
* حالات الاكتئاب الذهانى.
* الأمراض النفسية فى الدور الحاد.

* حالات السكوباتية.
* حالات الضعف العقلى (حيث أن التحليل يتطلب مستوى متوسطا أو فوق المتوسط من الذكاء).
* حالات عدم نضج المريض، وحالات ضعف التفكير المنطقى، وحالات ضعف الأنا.
* حالات الأطفال أقل من ١٥ سنة (الذين ينقصهم النضج العقلى المعرفى المطلوب فى التحليل).
* حالات المسنين (الذين ينقصهم المرونة المطلوبة وعدم قابلية شخصيتهم للتغير).
* حالات عدم تعاون المريض.
* حالات العصاب البسيط (حيث لا يكون هناك داع لبذل الوقت والجهد والمال الذى يتطلبه التحليل).
* حالات الأقارب والأصدقاء.
* الحالات الطارئة والخطيرة (حيث لا يكون هناك وقت كاف للانتظار حتى يتم التحليل).
* حالات وجود مشكلات واقعية واضحة فى الوقت الحاضر.

مزايا التحليل النفسى:

تتلخص أهم مزايا التحليل النفسى فيما يلى:

* يهتم التحليل النفسى بعلاج أسباب المرض وليس أعراضه فحسب.
* يتناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب النواحى الشعورية.
* يكشف عن العناصر اللاشعورية الثائرة على الشخصية، مما يسهل ضبطها وتصحيحها.
* يحرر الفرد من دوافعه الدفينة وخوفه من جهله بتحقيقها.
* يؤدى إلى إعلاء الدوافع المكبوتة واستثمار طاقتها التى كانت معتقلة وسجينة.
* يعود بالشخصية المفككة إلى حالة من التكامل والنضج والقدرة على مواجهة الواقع وتحمل الشدائد والاستمتاع بالحياة.

عيوب التحليل النفسى:

تتلخص أهم عيوب التحليل النفسى فيما يلى:

* التحليل النفسى عملية طويلة وشاقة ومكلفة، يتطلب وقتا وجهدا ومالا. فالتحليل الكامل قد يستغرق من عامين إلى أربعة أعوام بمعدل ٣ ـ ٥ جلسات أسبوعيا. وقليلا ما يتم التحليل فى أقل من ٢٠٠ ساعة وقد يصل إلى ٦٠٠ ساعة. ولذلك فهو مقصور على عدد محدود من المرضى. وبعد هذا كله فقد تكون النتيجة ـ فى حالات قليلة ـ غير مشجعة.
* هناك خلافات نظرية ومنهجية فى طريقة التحليل النفسى الكلاسيكى (حسب فرويد) وبين طرق التحليل النفسى الحديث (حسب الفرويديين الجدد).
* يحتاج التحليل النفسى إلى خبرة واسعة وتدريب عملى طويل، قد لا يتوافر إلا لعدد قليل من المعالجين.

مصاحبات التحليل النفسى:

فى بعض الحالات لابد أن يصاحب التحليل النفسى بعض طرق العلاج الأخرى مثل:

* فى حالات الأمراض النفسية الجسمية لابد أن يصاحبه **العلاج الطبى**، وتستخدم بعض الأدوية الآن بمصاحبة التحليل النفسى كعلاج فى حد ذاتها. وتستخدم بعض العقاقير كوسيلة لتسهيل عملية التحليل نفسها. وتجرى الكثير من البحوث على استخدام ذلك فى حالات مرضى الذهان.

* فى حالات المرضى المودعين فى المؤسسات أو السجون والذين يخضعون لروتين إدارى قد يعقد عملية التحليل، يجب أن يصاحب التحليل النفسى **علاج إدارى** كجزء من الخطة العامة لعلاج الحالة.

مضاعفات التحليل النفسى:

فى حالات نادرة قد تحدث بعض المضاعفات، نلفت النظر إليها حتى يعمل المعالج حسابها. فقد يخفض التحليل مقاومة الأنا فيتخم الشعور بالقلق والوعى بالصراعات التى لا تحتمل. وقد يؤدى هذا إلى أن ينهى المريض التحليل ويهرب منه كنوع من المقاومة. وقد يحدث أيضا ولكن فى حالات نادرة جدا أن تزداد حالة المريض سوءا.

مفاهيم خاطئة عن التحليل النفسى:

هناك بعض المفاهيم الخاطئة عن التحليل النفسى. ومن هذه المفاهيم الخاطئة ما يلى:

* يعتقد البعض - خطأ - أن التحليل النفسى **يدور كله حول الجنس** والصراعات الجنسية وأنه يبيح أو يتجاوز عن العبث الجنسى. وقد نتج مثل هذا الفهم الخاطىء عن أن الدراسات الأولى للتحليل النفسى تضمنت الكثير عن هذه الناحية (التى كان يتغاضى عنها أو يتغافلها أو يتجاهلها) المعالجون السابقون. ولقد ثبت أن كثيرا جدا من الأمراض النفسية ترجع إلى الصراع الجنسى، ويعزز هذا الفهم الخاطىء إساءة فهم مصطلحات التحليل النفسى مثل الليبيدو والغريزة الجنسية.

* يعتقد البعض - خطأ - أن التحليل النفسى **يتنافى مع الدين**. ولكننا نعلم أن المحللين النفسيين - كبشر - ينتمون إلى أديان مختلفة، فمنهم اليهود (وفرويد نفسه كان يهوديا) ومنهم المسيحيون ومنهم المسلمون وغير ذلك. وإذا كان المحللون النفسيون يناقشون المسائل الدينية. فهذا جزء من التحليل لا يتعرض للمعتقدات الدينية ولا يتناولها بالتعديل بأى حال من الأحوال.

العــلاج الســلوكي

BEHAVIOUR THERAPY



شكل (٨٦) أرنولد لازاروس

استخدم أرنولد لازاروس Lazarus سنة ١٩٥٨ اسم « العلاج السلوكي » ليصف « نوعًا جديدًا من العلاج النفسي » لتعديل السلوك المضطرب الملاحظ.. والعلاج السلوكي يعتبر أسلوبًا حديثًا نسبيًا في مجال العلاج النفسي. ومن ناحية أخرى يمكن القول إن العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب. (١)

ويعتبر العلاج السلوكي **تطبيقًا عمليًا لقواعد ومبادىء وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي**. ولقدسار تقدم وتطور العلاج السلوكي كمجموعة من القواعد التطبيقية العملية سيرًا بطيئًا بالنسبة لتاريخ التوصل إلى هذه القواعد والمبادىء والقوانين في التعلم وبصفة خاصة التعلم الشرطي. وربمايرجع ذلك إلى عوامل منها الفصل بين النظرية والتطبيق، والإحجام عن استخدام العيادة النفسية كمعمل، والاعتماد الكبيرعلى الطرق التقليدية كنماذج مرتضاة للعلاج النفسي. ولقد أحدثت قوانين التعلم الشرطي التي اكتشفها إيفان بافلوف Pavlov وطورها جون واطسون Watson تطورًا كبيرًا في جميع أنحاءالعالم. وتركزالاهتمام على دراسة العلاقة بين التعلم الشرطي واكتساب السلوك المرضي. إلا أن الاهتمام باستخدام مبادىء التعلم الشرطي في علاج السلوك المرضي لم يأت إلا متأخرًا، ذلك لأن علماء وأصحاب نظريات التعلم حاولوا تجنب تخطي حدودهم إلى الميدان التطبيقي العلاجي محتمين وراء ساتر دفاعي من « فلسفة لا نعرف شيئًا » Know nothingism (بيتش Beech، ١٩٦٩).

ماهية العلاج السلوكي:

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادىء وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي. ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد.

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في العلاج السلوكي ما يلي:

- Annual Review of Behavior Therapy : Theory and Practice .
- Behavior Therapy .
- Behavior Research and Therapy .
- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry .
- Scandinavian Journal of Behavior Therapy .

وفى إطار العلاج السلوكى تعتبر **الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة**، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت فى بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى.

ويركز العلاج السلوكى على **المشكلة الحالية للمريض** وأعراض المرض النفسى كما يتمثل فى السلوك المضطرب أو الشاذ، لذلك نرى أن أهدافه محدودة ومحددة وقابلة للتحقيق.

والسلوك المضطرب أو الشاذ الذى يحتاج إلى تعديل عن طريق العلاج السلوكى كثير ومتنوع، ومن أمثلته: السلوك اللامعيارى أى الذى يخرج عن المعايير الاجتماعية مثل السلوك الجانح، والسلوك المحرم أى الذى حرمه الله تعالى مثل الزنا، والسلوك المتخلف وهو السلوك المتأخر الذى لا يتلاءم مع مرحلة النمو التى يمر بها الفرد مثل السلوك الطفلى لدى الراشدين ...إلخ.

أسس العلاج السلوكى:

اكتشف الإنسان **منذ فجر التاريخ** أن هناك ثلاث طرق رئيسية لضبط وتعديل وتغيير السلوك البشرى هى: تغيير الأحداث الموقفية السابقة للسلوك، وتغيير أوتعديل نوع السلوك الذى يحدث فى موقف معين، وتغيير أو تعديل النتائج الموقفية التى يؤدى إليها السلوك. **وعبر التاريخ** لجأ المعالجون إلى تعديل المواقف (تغيير بيئة الفرد، والنصح، والإقناع، والتدريس، والثواب، والعقاب، والعلاج الطبى)، كل هذا من أجل تعديل سلوك الفرد. ورغم هذا، فهناك بعض أنماط السلوك تقاوم التغيير بهذه الطرق السابقة، ومن أمثلتها الأزمات العصبية والهلوسات.

ومعروف أن من **السلوك** ما هو واضح ظاهر ويمكن للآخرين ملاحظته (مثل الحركات العضلية والكلام) ومنه ماهو ذاتى لا يلاحظه إلا الشخص نفسه (مثل التفكير والانفعالات).



شكل (٨٧) إيفان بافلوف



شكل (٨٨) جون واطسون



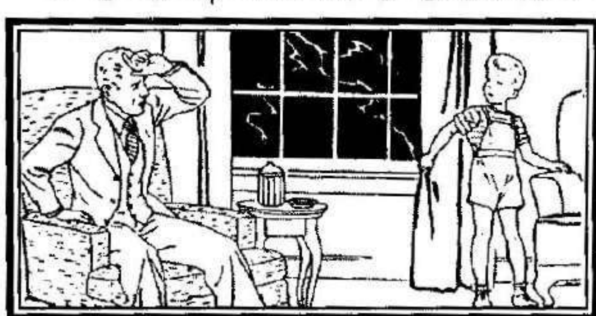
شكل (٨٩) ثورندايك

شكل (٩٠) بوروس سكينر

وقد ظل أقطاب **علم النفس التجريبي** عاكفين على دراسة عملية التعلم حوالي سبعين عامًا، وبلوروا نظريات التعلم وحددوا الإطار النظري الذي قام عليه العلاج السلوكي. ويرى هانز أيزينك Eysenck (١٩٦٠) أن العلاج السلوكي يتضمن أساسًا إعادة التعليم reeducation وإعادة التعلم relearning ، ويجب الاستفادة في ذلك بمعرفة الإطار النظري والتجريبي الذي اكتشف في معامل النفس التجريبي.

ويرتكز العلاج السلوكي على **الإطار النظري** الذي وضعه إيفان بافلوف Pavlov وجون واطسون Watson وغيرهما في التعلم الشرطي (الكلاسيكي)، ويستفيد من نظريات ثورنديك Thorndike (١٩١١) وكلارك هل Hull (١٩٤٣) وبوروس سكينر Skinner (١٩٣٨) في التعزيز وتقرير نتائج التعلم، مع استخدام التعزيز الموجب أو السالب أو الثواب أو العقاب.

ويستند العلاج السلوكي إلى **النظرية السلوكية** في الشخصية والتي تقول إن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوي أو المرضي) عن طريق عملية التعلم (انظر شكل ٩١).



شكل (٩١) الطفل يتعلم الخوف

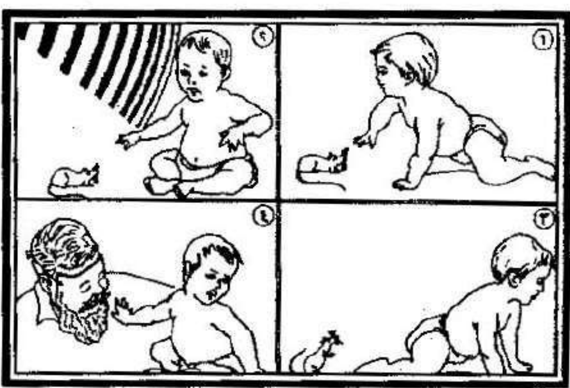
ومن أهم نظريات التعلم « **التعلم الشرطى** ». ومن أهم مفاهيمها: الإشراط الكلاسيكى، والإشراط الجهازى.

وفى **الإشراط الكلاسيكى** يكون تتابع الأحداث مرتبًا بحيث يكون المثير مقترنًا أو سابقًا للمثير غير الشرطى الذى يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية. وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطى يكتسب المثير الشرطى الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية .

ومن أهم الأمثلة **التجارب الكلاسيكية** التى قام بها بافلوف فى التعلم الشرطى على الكلاب. وقد قدم جون واطسون Watson (١٩٢٠) وقدمت مارى جونز Jones (١٩٢٤) من تجاربهما على ألبيرت الصغير والفأر وعلى بيتر الصغير والأرنب بقصد علاج الخواف مبادىء هامة فى العلاج السلوكى، وهى أن التعلم الشرطى يفسر مخاوفنا الشاذة وأن هذه المخاوف يمكن أن تنتقل وتعمم، وأن عملية الإشراط يمكن أن تستخدم للتخلص من هذا الخواف المكتسب « المتعلم ». فقد اختار واطسون الرضيع ألبيرت وهو فى سن تسعة أشهر ليعلمه خوفًا جديدًا عن طريق الإشراط. أخذ واطسون يعرض الطفل أثناء نشاطه الروتينى لمثيرات هى أرنب وفأر وكلب وقرد، ولاحظ أن الطفل كان يصل إلى هذه الحيوانات ويمسكها بلا خوف. وكان إذا أحدث صوتًا عاليًا مزعجًا فجائيًا فإن ذلك يحدث خوفًا شديدًا يصاحبه بكاءالطفل. وبلغ الطفل سن أحد عشر شهرًا. وبدأ واطسون يربط بين الخوف الذى يصاحب الصوت العالى المزعج المفاجىء مع واحد من المثيرات التى كانت مسلية فى أول الأمر وليست مخيفة. فكان يظهر الأرنب مثلا وكلما هم الطفل بلمسه سمع الصوت العالى المزعج مما يثير عنده رد فعل الخوف. واستمر الحال على ذلك عدة مرات ارتبط فيها رؤية الحيوان بالصوت المزعج وما يصاحبه من رد فعل الخوف وأصبح مجرد ظهور الحيوان وحده يثير نفس رد فعل الخوف لدى الطفل. وهكذا تعلم الطفل خوفًا جديدًا. (انظر شكل ٩٢). وبعد ذلك لاحظ واطسون أن أثر الخوف من الأرنب قد انتقل من الحيوانات المشابهة للمثير الشرطى الأصلى (الأرنب)، وهى الفأر والكلب وغطاء من الفراء. وأكملت مارى جونز الشوط تحت إشراف واطسون لعلاج المخاوف المكتسبة لدى أطفال تتراوح أعمارهم بين بضعة شهور إلى بضع سنوات كانوا يعانون من الخوف من الحيوانات. وافترضت أن هذا الخوف قد اكتسب شرطيًا. ونجحت باستخدام الإشراط المباشر وهو ربط موضوع الخوف بمثير يستثير استجابة سارة واستخدمت فى ذلك الحلوى. فبعد أن تقدم الحلوى للطفل، وأثناء انشغاله فى أكلها يظهر الحيوان بعيدًا عنه. ومع تكرارهذا الموقف يقرب الحيوان رويدا رويدا من الطفل المرة بعد الأخرى. ولاحظت أن الطفل بدأ بعد ذلك يتقبل وجود الحيوان الذى كان يخافه - بالقرب منه.

وفى **الإشراط الجهازى** (الذى يستخدم فيه الأجهزة) نجد التركيز على تعزيز الاستجابة حيث يضبط سلوك الفرد حدوث أو عدم حدوث المثيرات التى تعرف باسم المعززات الموجبة أو المعززات السالبة. وفى الإشراط الجهازى (أو التعلم الإجرائى) يمكن أيضًا أن يصدر السلوك فى غياب مثير

سابق. وفى إطار الإشراط الجهازى تبرز أربع عمليات إشراط تمثل ترتيبًا مناسبًا لتصنيف العملية المتضمنة فى تكوين السلوك المنحرف والطريقة المستخدمة فى تعديله، وهذه هى: الثواب، والتجنب والحذف، والعقاب. ونجد أن التصنيف يعتمد على ما إذا كان سلوك الفرد يؤدى إلى تعزيزموجب أو يتجنب تعزيزاً سالبًا. ونحن نعلم أن المثال الأصلى للتعلم بالإثابة يتمثل فى تجارب المحاولة والخطأ التى بدأها ثورنديك Thorndike (١٩١١) حيث على الفرد أن يتعلم استجابة لكى يحصل على ثواب. وعلى العموم نجد أنه كلما تكرر أداء نشاط، فإن ذلك يحسن تعلمه، وأن التعلم يكون أحسن تحت ظروف الثواب.



شكل (٩٢) إشراط استجابة الخوف
(تجربة واطسون)

(١) قبل الإشراط يصل الطفل إلى الفار
(٢) صوت مزعج يصاحب ظهور الفار
(٣) بعد هذا الإشراط يخاف الطفل من الفار
(٤) يخاف الطفل حتى من لحية رجل تماثل فراء الفار.

والآن نجد أن المعالجين السلوكيين يعتقدون أن كثيرًا من **الاضطرابات السلوكية هى استجابات شرطية متعلمة.** ويحتفظ المريض بهذه الاستجابات الشرطية لأنها من ناحية معينة مصدر إثابة. وليس هذا غريبًا، فالمريض يعانى من ألم نفسى نتيجة للمخاوف مثلا. والثواب هنا يحدث من هروب المريض من الألم النفسى هذا وتجنب ما يثير الألم. فتجنب حضور الحفلات إذا كان الفرد يعانى من خواف الجموع يعتبر إثابة. وهذا يجعل الاستجابة غير المتوافقة أو المرضية تستمر، بصرف النظر – من وجهة نظر المريض – عن الآثار المؤلمة بعيدةالمدى لمثل هذا السلوك المرضى. وهذا يحتم على المعالج أن يحرص على إزالة مصادر الرضا التى قد تكون ناتجة عن السلوك الشاذ نفسه، أثناء التعلم الذى يوفره العلاج السلوكى.

وهكذا يمكن إيجاز أهم خصائص **الإطار النظرى للعلاج السلوكى** فيما يلى:

* معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، والسلوك المضطرب (سواء كان عصابيًا أو ذهانيًا) متعلم ومكتسب.
* السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف – من حيث المبادىء – عن السلوك العادى المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
* السلوك المضطرب يكتسب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التى تؤدى إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.

* العناصر السلوكية المضطربة تمثل نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلى للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التى تؤدى إليها.

* زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

* السلوك المرضى المتعلم يمكن تعديله إلى سلوك سوى.

* يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية أولية هى الأصل والأساس فى سلوك الإنسان. وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية اجتماعية فى جملتها تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى ويرتبط بأساليب غير توافقية فى إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقًا، ويتم ذلك عن طريق العلاج السلوكى.

إجراءات العلاج السلوكى:

يستند تطور طريقة العلاج السلوكى إلى رصيد هائل من نتائج بحوث علم النفس التجريبى، التى كان هدفها تغيير وتعديل السلوك مباشرة، والتى كان من آثارها أنه أصبح من الميسور معرفة كيف نضبط وكيف نعدل السلوك، وكيف نمحو تعلم أنواع السلوك التى نرغب فى التخلص منها، والتى يعتبرها الآخرون غير توافقية أو شاذة أو عصابية.

وعلى العموم فإن **العملية العلاجية** تسير على النحو التالى:

تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك فى المقابلة العلاجية، وعن طريق استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية، والتقارير الذاتية، بحيث يمكن الوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذى يمكن ملاحظته موضوعيًا. فمثلا قد يتم تحديد السلوك المطلوب تعديله وهو بعض المخاوف المرضية.

تحديد الظروف التى يحدث فيها السلوك المضطرب: ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث الدقيق فى كل الظروف والخبرات التى يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب. فمثلا إذا كان المريض يشكو من مخاوف عديدة، فإن الانتباه يوجه إلى المناسبات التى تسبق الشعور بالخوف، والظروف التى يشعر فيها المريض بالخوف، وكذلك الأحداث التى تتبع حدوث الخوف.

تحديد العوامل المسئولة عن استمرارالسلوك المضطرب: فمثلا يتم تحديد ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطى بسيط، أو كان يعكس خوفًا أساسيًا معممًا يحدث فى مواقف متشابهة ولكنها مختلفة، أو إذا كان السلوك يستمر بسبب النتائج التى يؤدى إليها. وهذا التحليل يتركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التى تحدد وتوجه السلوك المضطرب.

اختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها: ويتم ذلك باختيار وتحديد الظ التى يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.

إعداد جدول لإعادة التدريب: ويتم ذلك بتخطيط خبرات يتم فيها إعادة التدريب (فى شكل وحدات أو محاولات) يتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجازالبسيط والقريب قبل المعقد والبعيد. وهنا يلزم ترتيب الإمكانات فى شكل سهل وممكن ومستحيل ويستحث المعالج المريض على أن يحاول وأن يتعلم وأن يجرب.

تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: أى التوجه نحو تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التى تحدث فيها. وتستخدم فى الحالات التى يكون فيها السلوك الغائب يمثل عجزًا سلوكيًا (مثل عدم القدرة على الأكل أو عدم القدرة على الكلام أو عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين للخوف منهم).

تعديل الظروف البيئية: ويتم ذلك لتقليل احتمال حدوث السلوك المضطرب. ويكون التركيز فيها على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التى تؤدى إليها. وتهدف إلى زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فى الظروف التى لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائبًا.

وينتهى العلاج: عند النقطة التى يتم فيها الوصول إلى السلوك المعدل السوى المنشود.

أساليب العلاج السلوكى:

يوجد عدد من أساليب العلاج السلوكى. وفيما يلى أهم هذه الأساليب:

التخلص من الحساسية أو « التحصين التدريجى » Systematic Desensitization:

ويتم ذلك فى الحالات التى يكون فيها سلوك مثل الخوف قد اكتسب مرتبطًا بشىء معين أو حادثة معينة، فنستخدم طريقة **التعويد التدريجى المنتظم**.

ويتم التعرف على المثيرات التى تستثير استجابات شاذة مثل الخوف المرضى. ثم يعرض المريض تكرارًا وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف مثل الخوف المرضى فى ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف، وهو فى حالة استرخاء، بحيث لا تنتج إستجابة الخوف. ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج فى الشدة، حتى يتم الوصول إلى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة.

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح للتغلب على حالات الذعر المبالغ فيه فى القوات المسلحة وخاصة أثناء الحرب العالمية الثانية. واستخدمت كذلك بنجاح فى علاج الخوف المبالغ فيه. وكذلك نجح استخدامها فى علاج مشكلات الشعور بالإثم، والاكتئاب، والعنة (الضعف الجنسى)، وخواف الجنس، وغيرها.

وعلى سبيل المثال، فقد استخدم يوسف فولب Wolpe هذا الأسلوب في **علاج العنة** عند رجل كان يعاني من القلق في الموقف الجنسي، وكانت النتيجة إما أن تحدث العنة أو الإنزال المبكر. وباستخدام أسلوب التدرج في العلاج، حددت خطوات متدرجة نحو إتمام العملية الجنسية الكاملة من القرب إلى المداعبة ... إلخ، بحيث يترك المريض الأمور تجري مجراها طبيعية إلى أقصى حد دون قلق، وتحقيق كل خطوة تمامًا قبل الانتقال إلى الخطوة التي تليها. وعلى العموم، ففي مثل هذه الحالة نجد أن تعاون الشريك الجنسي مطلوب تماما.

وقد قام لانج Lang (١٩٦٩) بجهد في تطوير الأجهزة لتعديل السلوك بالتخلص من الحساسية والتحصين التدريجي **ضد المخاوف**، باعتبار أن التخلص من الحساسية للخوف عبارة عن عملية علاجية أساسها إشراط عكسي، حيث يسجل المعالج خلال مقابلة علاجية قائمة متدرجة لمخاوف المريض ثم يرى المريض مثيرات الخوف مرتبة بالتدريج (الأقل إثارة للخوف ثم الأكثر إثارة للخوف إلى أكثر مثيرات الخوف شدة)، ثم يدرب المريض ويتعلم بالتدريج استجابة الاسترخاء بدلاً من الخوف. وتتم عدة محاولات حتى يتم التخلص من الحساسية ثم تستمر عملية التخلص من الحساسية بنفس الطريقة بالنسبة لقائمة المخاوف صعوداً (حتى نصل إلى أشدها إثارة للخوف) بينما المريض مسترخ. وعادة يعمم الاسترخاء على مواقف الحياة الحقيقية نفسها.

وقد ابتكر لانج « **جهاز التخلص الآلي من الحساسية** » أو « جهاز التحصين التدريجي الآلي » Device for Automated Desensitization (DAD) وبه شرائط تسجيل عليها تعليمات بالاسترخاء، ويليها عدد من فقرات الخوف (مجمعة سابقًا من المريض نفسه)، وعلى الجانب الآخر من الشريط معلومات وشرح وتفسير للمريض عن موضوع المخاوف وتعليمات بالاسترخاء. ويجلس المريض في حجرة مجاورة يسمع شريط التسجيل عن طريق سماعات أذن ويرى ما يعرض عليه من صور، ويتعامل مع الجهاز عن طريق أزرار مركبة في الكرسي الذي يجلس عليه (زر أيمن أو أخضر مثلا إذا ضغط عليه يعني أنه أصبح في حالة استرخاء، وزر أيسر أو أحمر إذا ضغط عليه يعني أنه مازال خائفًا أو غير مسترخ) وتسجل البيانات الفسيولوجية عن النبض والتنفس ... إلخ. وفي الإجراء يسمع المريض أولا تعليمات الاسترخاء ويهيأ لكي يرى مواد المخاوف التي تعرض أمام نظره بعد ذلك آليًا بالترتيب، وإذا شعر المريض بالخوف فإنه يضغط على زر الخوف، فيوقف البند ويسمع المريض (من الجانب الآخر من شريط التسجيل) تعليمات أخرى عن مادة المخاوف المعروضة. ويلي ذلك تعليمات الاسترخاء. ثم يعرض البند مرة أخرى حتى يتحقق الاسترخاء. وإذا شعر المريض بالاسترخاء وزال الخوف فإنه يضغط على زر الاسترخاء فينتقل آليًا إلى البند التالي ... وهكذا. ويتكرر هذا البرنامج حتى يزول الخوف من كل البنود بنجاح مستعينين باستجابات المريض وبالدلالات الفسيولوجية.

ولقد توالى ظهور الكثير من أجهزة التحصين التدريجى لأغراض متعددة مثل علاج الجنسية المثلية وغيرها (انظر شكل ٩٣) . هذا وقد أثبت أسلوب التحصين التدريجى والتخلص من الحساسية نجاحًا فى علاج الخواف (الحيوانات والاجتماعيات ... إلخ).



شكل (٩٣) العلاج السلوكى
جهاز التحصين التدريجى
(العلاج الجنسية المثلية)



شكل (٩٤) ألبيرت باندورا

النموذج العملى: Modeling

ابتكر البيرت باندورا Bandura فى جامعة ستانفورد ما أسماه « **النموذج العملى** » كأسلوب فى العلاج السلوكى، واستخدمه بصفة خاصة لعلاج الخواف (وخاصة خواف الثعابين) عن طريق عرض نموذج عملى حى (من جانب المعالج) والمشاركة بالتدريج (من جانب المريض) حتى تزول الحساسية ويتم التحصين بالتدريج (انظر شكل ٩٥).

والأسلوب سهل وبسيط. فعندما يشاهد المريض المعالج يعمل شيئًا فإنه يميل إلى تقليده. فمثلا إذا شاهد المريض (الخائف) المعالج يمسك ثعبانًا أمامه بتكرار فإنه بالتدريج سيتخفف من الخوف ويقترب من



شكل (٩٥) العلاج السلوكى (النموذج العملى)

الثعبان فى قفص ثم يمسكه بينما يمسكه المعالج وأخيرًا يمسكه المريض فعلا. وقد جمع باندورا بين ثلاثة أساليب: أولها التحصين التدريجي والتخلص من الحساسية، وثانيها: مشاهدة أفلام لأطفال وكبار يلعبون بالثعابين، وثالثها عرض نموذج عملى حى (حيث يشاهد المريض المعالج من خلال حاجز رؤية من جانب واحد وهو يداعب ثعبانًا)، واستخدم باندورا جماعة ضابطة (دون علاج). وكان التحسن أفضل باستخدام الشكل الثالث وهو عرض نموذج عملى حى حيث استطاع جميع المرضى لمس الثعبان فعلا بعد حوالى عشر جلسات. وبعد ذلك جرب باندورا عرض النموذج العملى الحى مع الجماعات الأخرى وتم نجاح العلاج معهم بنسبة ١٠٠٪.

الغمر: Flooding

هذا الأسلوب هو عكس أسلوب التحصين التدريجى. فبينما يبدأ التحصين التدريجى بمثيرات أقل إثارة للحساسية، فإن أسلوب الغمر يبدأ بمثيرات أكثر إثارة للحساسية. وفى أسلوب الغمر يتم تقديم المثير (مثير المخواف مثلا)، أو يتم وضع المريض أمام الأمر الواقع فى الخبرة « دفعة واحدة ». وهذا يثير التوتر ويرفع القلق عنده.

وقد يكون الغمر حيا in vivo أى على الطبيعة وفى الواقع، وكأنه يمثل الدور ويعيشه فى خبرة حية، وقديكون خياليًا imaginal. والغمر الحى هو الأفضل والأكثر استخدامًا فى ممارسة العلاج وفى جدواه.

والغمر الحى مفيد فى علاج المخاوف المرضية بصفة خاصة مثل خواف الأماكن المتسعة وخواف الجنس (كما فى ليلة الزفاف).

وفى معظم الحالات يكون الغمر فى حضور المعالج الخبير للمساندة الانفعالية والسيطرة على الموقف (لأن الغمر مثير للتوتر ويرفع مستوى القلق). ومهما ارتفع مستوى القلق يظل المريض فى الموقف المقصود حتى يزول التوتر وينخفض القلق أو ينطفىء.

وقد يستعان بالعلاج الطبى بالعقاقير (مثل المهدئات) مع العلاج بأسلوب الغمر. (ديفيد ريم ومايكل كنينجهام Rim & Cunningham، ١٩٨٥).

الكف المتبادل: Reciprocal Inhibition

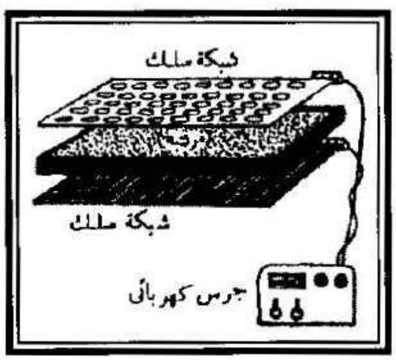
ويقوم على أساس أنه توجد بعض أنماط استجابات متنافرة وغير متوافقة مع بعضها البعض مثل البوال والنوم والخوف والجنس.

والهدف منه **كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما** وإحلال استجابة متوافقةمحل الاستجابة غير التوافقية.

ومن أهم الأمثلة استخدامه فى **علاج البوال الليلى**. وهنا يفترض أن الطفل قد فشل فى اكتساب عادة الاستيقاظ للذهاب إلى دورة المياه أثناء الليل ويظل نائمًا ويتبول وهو نائم وعلى فراشه. والمطلوب هو كف النوم (حتى يحدث الاستيقاظ والتبول) وكف البوال (باكتساب عادة الاستيقاظ). أى أن كف النوم يكف البوال، وكف البوال يكف النوم بالتبادل. وهنا يكون من المطلوب تهيئة الظروف بحيث يحدث تعلم هذا النمط السلوكى. وقد استخدم هذا الأسلوب يوسف فولب Wolpe (١٩٥٨) فى علاج البوال الذى يرجع إلى أسباب نفسية وليس إلى عوامل عضوية (سن أكثر من ٤ سنوات).



شكل (٩٦) يوسف فولب



شكل (٩٧) جهاز علاج البوال

ويستخدم **جهاز علاج البوال** (شكل ٩٧) ويتكون من جزأين: جرس كهربائى، ومرتبة كهربائية (تتكون من طبقة قطنية رقيقة تتوسط وتفصل بين شبكة سلكية مزدوجة أعلى وأسفل الطبقة القطنية وتوصل الشبكتين بسلكين كهربائيين « موجب وسالب » متصلين بالجرس الكهربائى). وينام الطفل عى المرتبة الكهربائية التى توضع على سريره فى حجرة نومه ويشغل الجهاز. وعندما يتبول الطفل أثناء الليل تتم الدائرة الكهربائية عن طريق الطبقة القطنية الوسطى المبتلة، فيدق الجرس الكهربائى ويوقظ الطفل. وعلى الطفل أن يقوم من نومه، ويقفل الجهاز ثم يتوجه إلى دورة المياه ويتبول، ثم يغير المرتبة المبتلة، ويشغل الجهاز مرة أخرى قبل أن يواصل النوم. وتستند فكرة الجهاز على قوانين الارتباط الشرطى. فالطفل يربط بين حدوث البوال وبين حدوث مثيرات أخرى (مثيرات شرطية) مثل حدوث صوت (الجرس) فى نفس الوقت الذى يحدث فيه المثير الطبيعى (البوال)، وهنا يحدث (كف) للاستجابة غير المرغوبة، أو بمعنى آخر يحدث عملية محو تعلم لهذه العادة (البوال) وبتكرار عملية الكف المتبادل (لمدة حوالى شهر إلى ثلاثة أشهر)، تنمحى عادتان قديمتان (الاستغراق فى النوم والبوال) وتتكون عادة جديدة (الاستيقاظ والتوجه إلى دورة المياه للتبول) (هانز أيزينك Eysenck ١٩٥٧).

ويستخدم بعض المعالجين العقاقير مثل ديكسيدرين Dexedrine وميثيدرين Methedrine وتوفرانيل Tofranil لزيادة سرعة الإشراط مع استخدام جهاز علاج البوال. ولابد أيضًا من علاج ما قد يكون مرتبطًا بحالة البوال من مخاوف أو اضطرابات انفعالية ...إلخ. ويلاحظ أن على الوالدين واجبًا هامًا فى عملية العلاج، حيث عليهما أن يثابرا فى صبر على متابعة العلاج باستخدام جهازعلاج البوال، وأن يتعاونا مع المعالج حتى يتم الشفاء. وفى العادة تتحسن الحالة بعد أسبوعين أو ثلاثة، ولكن يجب ألا يقف العلاج عند هذا الحد، بل ينبغى أن يستمر لمدة تتراوح بين شهرين أو ثلاثة، وقد يمتد إلى أربعة أشهر حسب الحالة.

الإشراط التجنبى: Avoidance Conditioning

فى هذا الأسلوب يهدف المعالج إلى **تعديل سلوك المريض من الإقدام إلى الإحجام والتجنب**.

وقد استخدم الإشراط التجنبى فى **علاج بعض الانحرافات الجنسية** مثل الأثرية (الفتيشية) والرغبة فى لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم، والجنسية المثلية (ماكس Max، ١٩٣٥)، وفى علاج الكحولية (انظر هانز أيزنك Eysenck، ١٩٦٠).

وهنا تستخدم **مثيرات منفرة** مثل الصدمة الكهربائية أو العقاقير المقيئة (أميتين Emetine) (المثير غير الشرطى) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع المثير الموقفى مثل الأثر أو الخمر (المثير الشرطى) التى تستثير الاستجابة غير المرغوبة. وعندما يكتسب المثير الشرطى خصائص التنفير وينتج عنه الغثيان أو القىء أو الألم (الاستجابة الشرطية) يكون قد ثبت الإشراط التجنبى.

فمثلا فى علاج الأثرية (الفتيشية) تربط صدمة الكهرباء تكرارًا بموضوع الإثارة الجنسية كمنفر شرطى مرتبط بالمثير الجذاب.

وفى **علاج الكحولية** يعمل المعالج على أن يتجنب المريض تعاطى الكحول ويستخدم عقارًا مقيئًا يربط بينه وبين تعاطى الكحول. ويتعاطى المريض الكحول (المثير) قبل حدوث القىء بمدة حوالى ٥ ثوان. وبهذه الطريقة تزداد قوة الارتباط بين المثير والإحساس غير السار. وهكذا يتجنب المريض تعاطى الكحول (الذى كان يستمد لذة من شربه) ويتعلم استجابة جديدة، وارتباطًا جديدًا، ذلك لأن الكحول أصبح تعاطيه يؤدى إلى شعور بالغ الألم والضيق.

وعلى العموم فإن **نجاح العلاج بهذاالأسلوب يتوقف على عوامل** أخرى مثل: **شخصية** المريض (حيث يرفضه الأشخاص العدوانيون بينما يتقبله الأشخاص الخاضعون)، **وقابلية الإشراط** (حيث وجد أن الأشخاص المنطوين أكثر قابلية للإشراط من الأشخاص المنبسطين)، **وطبيعة المثير** غير الشرطى (هل هو مثبط ويقلل المقاومة أوعكس ذلك) وتتابع الأحداث فى عملية الإشراط (حيث يقدم المثير الشرطى بعد القىء مثلا أو قبله).

وقد أدخلت **تعديلات** على أسلوب الإشراط التجنبي. فمثلا أضاف أوزوالد Oswald (١٩٦٢) استخدام شريط تسجيل مسجل عليه بتكرار عبارت تصف المثير الشرطي بما يتناسب مع السلوك (مثلا « الويسكي يجعله يتقيأ » ويلي ذلك أصوات ضحك وتقيؤ).

التعزيزالموجب (الثواب): Positive Reinforcement

أسهم بوروس سكينر Skinner (١٩٣٨) فى إيضاح العلاقة بين السلوك المنحرف وبين التعلم، وأكد أنه فى تعديل مثل هذاالسلوك عن طريق الإشراط يجب الاهتمام بعملية **التعزيز الموجب للسلوك المطلوب**. ويتم ذلك بإثابة الفرد على السلوك السوى المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذاتكرر الموقف. وتضم أشكال الثواب أى شيء مادي أو معنوى يؤدى إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب (مثال ذلك الطعام والحلوى والنقود والمدح والحب والاحترام والدرجات المرتفعة .... إلخ). وكلما كان التعزيز قويًا ومرغوبًا كلما أدى ذلك إلى سرعة وثبات تعديل السلوك من أجل الحصول عليه. أى أن التعزيز الموجب مثيب ومعجل لتعليم السلوك المطلوب. وهناك عوامل تزيد من فعالية التعزيز الموجب فى التحكم فى السلوك منها : الرغبة فى الشيء المستخدم فى الإثابة والتعزيز، والحاجة إليه، وسرعة تقديم التعزيز فور صدور السلوك المرغوب، وتقديمه بقدر معتدل (بين القلة التى لا تحفز وبين الكثرة التى تؤدى إلى التشبع). وهكذا نجد أن الجهود توجه نحو زيادة احتمال الاستجابة المرغوبة بإعطاء الثواب المعزز المرغوب كلما ظهرت.

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح فى علاج **حالات** فقد الشهية العصبي وحالات فقدان الصوت وحالات الخمول وحلات الانطواء وحالات السلوك المضاد للمجتمع (فيليبس Phillips، ١٩٥٦).

وقد حاول بيترز وجينكيز Peters & Jenkins (١٩٥٤) استخدام هذا الأسلوب فى **علاج مرضى الفصام** (الجمودى)، فاستخدما حقن الإنسولين لرفع مستوى الجوع عند المفصومين، وأعطيا المرضى مشكلات بسيطة متدرجة الصعوبة لحلها مثل المتاهات وغيرها واستخدموا أسلوب التعزيز الموجب بالإثابة المادية بتقديم الطعام والإثابة المعنوية بالمدح والتشجيع، ولاحظا أن المرضى مع مرور الوقت أصبحواأكثر قدرة على المشاركة فى حل المشكلات الشخصية والاجتماعية، ولكن لوحظ أن استخدام هذا الأسلوب مع مرضى الذهان ينجح فى إطار المعمل. أما قدرة المرضى على تعميم مكاسب العلاج سلوكيًا خارج المعمل فكانت محدودة.

وقد استخدم هذا الأسلوب أيضًا آيلون ومايكل Ayllon & Michael (١٩٥٩) واستعانا بممرضات تقوم كل منهن بعمل « **مهندس سلوكي**» behavioural engineer لتصحيح أنماط سلوكية مثل الفشل فى تناول الطعام وارتداء الملابس ... إلخ.

وقد اتبع هذا الأسلوب كذلك جون واطسون Watson وزملاؤه فى معهد تعديل السلوك فى كولومبس، أوهايو لتعديل سلوك أطفال يعانون من التخلف العقلي أو الفصام مستخدمين أنواعًا من

التعزيز الغذائى والنشاط الاجتماعى، الشرطى وغير الشرطى [١]، الطبيعى والاصطناعى[٢]، المستمر والمتقطع [٣].

وفى كل هذه الحالات يعزز المعالج الاستجابات المرغوبة التى تتحرك فى الاتجاه المحدد كهدف. وقد لمس الكثير من الباحثين **قيمة التعزيز الموجب وخاصة فى المؤسسات الاجتماعية.**

التعزيز السالب: Negative Reinforcement

فى هذا الأسلوب تبذل الجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غيرسار مقدمًا ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة. وهذا نوع من التعزيز السالب.

وقد استخدم التعزيز السالب فى علاج حالات مثل **مص الإبهام**، **ففي حالة طفل** (عمره خمس سنوات) كان يمص إبهامه باستمرار، عولج بأن كان يعرض عليه مجموعة أفلام رسوم متحركة محببة إلى نفسه، وكان يمص إبهامه أثناء مشاهدته لهذه الأفلام، ويوقف المعالج عرض الفيلم (صورة وصوتًا، عن طريق التحكم عن بعد) كلما مص الطفل إبهامه، فإذا ما أخرج الطفل أصبعه من فمه عاد الفيلم (صورة وصوتًا) إلى الظهور على الشاشة. وهكذا تغير سلوك الطفل إلى السلوك المرغوب.

ولا يستخدم هذا الأسلوب كثيراً لأن على المعالج أن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة، وهذا قد يؤثر تأثيراً سيئًا على إرادته فى الاستمرار فى العلاج (وخاصة فى حالات الكبار).

وعلى العموم فإن استخدام أسلوب التعزيزالسالب **شائع** فى السجون والإصلاحيات.

العقاب (الخبرة المنفرة): Punishment

فى هذا الأسلوب **يعرض المريض لخبرة منفرة (عقاب علاجى) إذا قام بالسلوك غير المرغوب وذلك لكفه ووقفه كلية.** ومن أشكال العقاب العلاجى ما يكون ماديًا أوجسميًا مثل الضرب أو صدمة كهربائية، أو اجتماعيًا مثل التوبيخ، أو فى شكل منع الإثابة، مما يسبب الألم والضيق أو عدم الرضا عند الفرد ويعوق ثم يمنع ظهور السلوك غير المرغوب، أى أن مصدر العقاب قد يكون خارجيًا أو داخليًا.

---

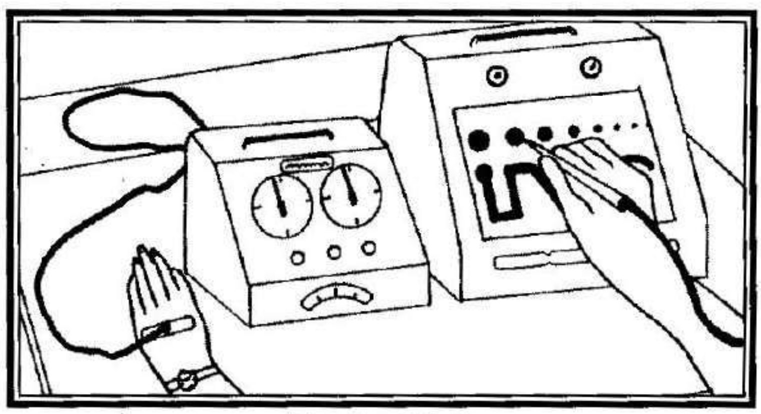
(١) التعزيز غير الشرطى هو التعزيز غير المتعلم مثل التعزيز الغذائى، أما التعزيز الشرطى فهو التعزيز المتعلم مثل التعزيز بالنقود لأن النقود تصبح لها قيمة التعزيز بعد ارتباطها شرطيًا بشراء حلوى مثلا وهى معزز غير شرطى.

(٢) المعزز الطبيعى هوالذى يستخدم عادة فى مواقف الحياة اليومية فى المنزل والمدرسة مثل المدح، والمعزز الاصطناعى هو الذى لا يستخدم عادة فى مواقف الحياة اليومية مثل النقود لأن معظم الناس لا يعطون أولادهم نقودًا عندما ينجزون واجباتهم مثلا.

(٣) التعزيز المستمر هو الذى يقدم فى كل مرة يحدث فيها السلوك المرغوب، والتعزيز المتقطع هو الذى يقدم فى بعض المرات التى يحدث فيها السلوك المرغوب.

وقد استخدم هذا الأسلوب فى **علاج اضطرابات الكلام** خاصة اللجلجة بأن يتبع كل كلمة ملجلجة ضوضاء عالية أو صدمة كهربائية.

وقد استخدم سيلفيستر وليفرسيدج Sylvester and Liversedge (١٩٦٠) هذا الأسلوب فى **علاج عقال الكاتب** (وهى حالة تقلص وظيفى فى عضلات اليد المتحكمة فى الكتابة). وقد وجدا أنه فى حالة عقال الكاتب يعانى المريض من كل من الرعشة والتقلص فعالجا كلا منهما على حدة. ولعلاج الرعشة استخدما جهازا (شكل ٩٨) عبارة عن لوحة معدنية بها عدة ثقوب متدرجة الاتساع ويطلب من المريض أن يدخل فى كل منها قلما معدنيا متصلا بدائرة كهربائية (بادئًا بالثقب الأكبر) وإذا ارتعشت يد المريض لمس القلم المعدنى حافة الثقب وتلقى المريض صدمة كهربائية فى يده التى لا يكتب بها. وهكذا تصاحب الصدمة الكهربائية (الخبرة المنفرة) الرعشة (الاستجابة اللاتوافقية) بينما التحكم الدقيق يجنب المريض العقاب. ولعلاج التقلص استخدم الباحثان نموذجًا من الكتابة المحفورة جوانبها محددة بكونتور معدنى، ويمر المريض بالقلم المعدنى فى داخل هذا النموذج الكتابى المحفور بحيث إذا لمس القلم المعدنى جوانب الكونتور تلقى صدمة كهربائية فى يده الأخرى. وهكذا مع تكرار الخبرة المنفرة (الصدمة الكهربائية) يتم ضبط الرعشة والتقلص.



شكل (٩٨) جهاز علاج عقال الكاتب

كذلك استخدم أسلوب الخبرة المنفرة فى **علاج ظاهرة الصمت الطويل** أثناء العلاج الجماعى. فالصمت يعنى توقف العلاج. وكان كلما ساد الصمت أثناء العلاج لفترة تزيد على ربع دقيقة اسمع المعالج المرضى صوتًا منفرًا يستمر حتى يبدأ أحد أعضاء الجماعة فى الكلام أى أن العقاب (الصوت المنفر) يتوقف على السلوك غير السليم (الصمت) بينما التخلص من العقاب ينتج عن السلوك السليم (الكلام). وحين يسأل المرضى عن الصوت المنفر يقال لهم أنه قد يكون عيبًا فى جهاز التسجيل (الذى يعمل أثناء العلاج). وقد لوحظ أن سلوك المرضى قد تغير بهذا الأسلوب. (هيكيل وآخرون Heckel et al، ١٩٦٢).

واستخدم أسلوب الخبرة المنفرة للمساعدة فى **الإقلاع عن التدخين**، وذلك باستخدام جهاز يبث دخان سجائر كثيف فى وجه المدخن (كلما أخذ نفسًا من سيجارته) (شكل ٩٩).

شكل (٩٩) أسلوب الخبرة المنفرة

وعلى أى حال فإن غالبية المعالجين يفضلون **عدم استخدام أسلوب العقاب** حيث ثبت بالتجربة أن استخدام أسلوب الكف القائم على العقاب لتجنب استجابة غير مرغوبة يعتبر أقل الأساليب فعالية فى العلاج السلوكى، إذ المطلوب هو تعلم سلوك جديد مرغوب أكثر من مجرد كف سلوك غير مرغوب. فالعقاب المباشر يميل إلى إحداث كف وتوقف مؤقت للسلوك المعاقب، ويؤدى إيقاف العقاب إلى ظهور السلوك غير المرغوب مرة أخرى أو يؤدى بالمريض إلى أن «يعمل شيئًا آخر». أى أن العقاب لا يؤدى إلى تعلم سلوك جديد مرغوب ولكنه يكف السلوك غير المرغوب مؤقتًا. هذا بالإضافة إلى أن العقاب يمكن أن يؤدى إلى آثار غير مرغوبة مما قد يجعل السلوك العام للمريض أكثر اضطرابًا لا أكثر توافقًا.

الثواب والعقاب: Reward and Punishment

لجأ بعض المعالجين إلى استخدام كل من **الثواب والعقاب معا** (والعقاب هنا فى شكل منع الثواب)، وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سليمة مرغوبة وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة.

فمثلا استخدم هذا الأسلوب فى **علاج اللازمات** (مثل تحريك الرقبة وهز الكتفين وبربشة العينين وحركات الوجه وغيرها) وذلك باستعمال جهاز تسجيل يسمع منه المريض موسيقى محببة كلما كان متوقفًا عن إتيان اللازمة، وكلما قام بإتيان اللازمة الحركية توقفت الموسيقى وسمع بدلا منها صوتًا عاليًا منفرًا، وإذا توقف المريض عن إتيان اللازمة اختفى الصوت المنفر وعادت الموسيقى المحببة. (باريت Barrett، ١٩٦٢).

واستخدم أسلوب الثواب والعقاب أيضًا فى **علاج اللجلجة** وذلك باستخدام الثواب أولا فى تعليم السلوك المرغوب وهو الطلاقة اللفظية، واستخدام العقاب لكف السلوك غير المرغوب وهو اللجلجة.

تدريب الإغفال (الإطفاء): Omission Training

فى تدريب الإغفال يحاول المعالج **تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة وذلك بإغفالها وتجاهلها** وعدم تعريض المريض لأى نتائج على الإطلاق. وهذا يشبه

الإطفاءextinction. أي أن حدوث الاستجابة غير المرغوبة يؤدي إلى غياب الثواب والتعزيز وحدوث الانطفاء والاختفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز.

ويستخدم تدريب الإغفال في الحالات التي تكون فيها الاستجابة غير المرغوبة تحقق فائدةللمريض (إثابة).

وقد استخدم تدريب الإغفال في **علاج بعض حالات الاضطرابات النفسية الجسمية**، كما حدث في حالة فتاة شابة كانت تعاني من **التهاب جلدي عصبي** (نفسي جسمي) تهتم **الأسرة كلها** به خاصة خطيبها وهذا يعتبر إثابة للفتاة التي تحتاج إلى اهتمام أهلها وخطيبها. وتم العلاج بإعطاء خطيبها وأسرتها تعليمات بإهمال الموضوع وعدم التعليق عليه وعدم لفت الأنظار لما كان يعزز هذه الاستجابة والإقلاع عن استخدام الأدوية وإغفال الألم وذلك لإزالة مصدر التعزيز الذي دعم الاستجابة. وبعد شهرين تحسنت الحالة كثيراً وتم شفاؤها بعد ثلاثة أشهر. وقد اعتمد هنا على اكتساب الكف التفاعلي المشروط الناتج عن الاستجابة التي لم تعزز (الانطفاء في غياب الثواب). (والتون Walton، ١٩٦٠).

واستخدم هذا الأسلوب في **علاج التقيؤ** في حالة طفلة متأخرة عقليًا في التاسعة من عمرها كانت تتقيأ في الفصل باستمرار. ولاحظ المعالج أن رد فعل المدرسة لتقيؤ الطفلة (وهو إرسالها إلى غرفة نوم خارج الفصل كلما تقيأت) كان يعتبر بمثابة إثابة لدى الطفلة المتأخرة عقليًا التي تفضل الخروج من الفصل مما عزز وثبت السلوك اللاتوافقي. وعلى هذا تقرر سحب هذا التعزيز الموجب وإغفال وإهمال عملية التقيؤ وإبقاء الطفلة في الفصل كالمعتاد. وبهذا الأسلوب قل عدد مرات التقيؤ إلى أن اختفى تمامًا.

واستخدم هذا الأسلوب أيضًا في **علاج نوبات الغضب** عندطفل رضيع كان يتطلب رعاية صحية خاصة (لمرضه لمدة طويلة) وتعود على وجود والديه بجواره في حجرة نومه. وكلما حاول الوالدان ترك الغرفة بكى وبدأت نوبة غضب عنيفة حتى يجبرهما على العودة. ونصح المعالج الوالدان بترك حجرة نوم الطفل وعدم العودة إليها، وبعد مدة لوحظ أن النوبات قد « انطفأت ». (ويليامز Williams، ١٩٥٩).

الإطفاء والتعزيز: Extinction and Reinforcement

يلاحظ أن أسلوب تدريب الإغفال (أو الإطفاء) وحده له بعض العيوب منها: تأثيره التدريجي الذي قد يطول فيه القيام بالسلوك غير المرغوب قبل انطفائه بالإغفال، وأن بعض أنواع السلوك غير المرغوب قد يكون مدمراً جداً بحيث لا نستطيع السماح بحدوثه عشرات أو مئات المرات حتى ينطفىء ويختفي.

وقد استخدم كل من **الإطفاء والتعزيز** أملا فى تسهيل التعلم. وأصبح من النادر أن يستخدم تدريب الإغفال كأسلوب علاجى إلا إذا صاحبه أسلوب آخر مثل الثواب. وقد نجح استخدام هذا الأسلوب المزدوج فى **علاج المشكلات السلوكية فى الفصل**، حيث يغفل المدرس السلوك المشكل غير المرغوب إلى أن يظهر السلوك السوى المرغوب فيعززه ويشجعه، وهكذا ينطفىء السلوك المشكل ويعزز السلوك السوى، مما يؤدى إلى تحسن أكاديمى واجتماعى.

ضبط المثيرات: Stimulus Control

إن المثيرات الموجودة فى البيئة التى نعيش فيها تتحكم فى استجاباتنا أى فى سلوكنا. فإشارة المرور الخضراء تستثير استجابة ضغط دواسة البنزين بينما الإشارة الحمراء تستثير استجابة ضغط دواسة الفرامل، كذلك فإن علامات حدود السرعة تتحكم فى مدى ضغط كل من دواستى البنزين والفرامل. وهكذا فإن السلوك يستثار بنوع ما من المثيرات.

ولتعديل السلوك لابد من ضبط مثيراته وتقليلها والتحكم فيها بشكل متكرر. وهناك أشياء كثيرة تساعد فى ضبط المثيرات فى العلاج السلوكى منها: اللغة والأوامر التى يستخدمها المدرب، والشخص القائم بالتدريب، والمكان الذى يتم فيه التدريب، والوقت الذى يحدث فيه التدريب، وسلسلة النشاط الذى يسبق السلوك المعين موضع التدريب.

فمثلا لتدريب طفل على التبول إراديًا أثناءاليقظة فى المرحاض حين الحاجة (سلوك مرغوب) بدلا من التبول إراديًا أثناء اليقظة فى أى مكان وفى أى وقت (سلوك غير مرغوب) لابد من ضبط عدد من المثيرات والعلامات المنبهة المطلوبة للقيام بالسلوك المرغوب مثل وضوح أمر إلى الطفل وهو منتبه « التبول فى المرحاض »، ووجود الطفل فى المرحاض حين تدريبه على التبول فى الوقت المناسب حسب حاجته، وقيامه بفك ملابسه واتخاذ وضع معين ... إلخ. كل هذه مثيرات حين تضبط تساعد على استثارة السلوك المرغوب وهو التبول فى المرحاض فى الوقت المناسب وبالطريقة الصحيحة.

الممارسة السالبة: Negative Practice

فى هذا الأسلوب **يطلب المعالج من المريض أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار** حتى يصل إلى درجة تشبع Satiation لا يستطيع عندها ممارسته.

ويقوم هذا الأسلوب على أساس دراسات دونلاب Dunlap (١٩٣٢) الذى وجد أن تكرار الاستجابة غير المرغوبة ينتج عنه نتائج سالبة مثل التعب والملل مما يقلل احتمال تكرار هذا السلوك، ويقوم أيضًا على أساس مفاهيم الكف التفاعلى والكف الشرطى.

وقد استخدم هذا الأسلوب فى علاج اضطرابات سلوكية مثل اللازمات الحركية وقضم الأظافر ومص الأصابع والبوال والاستمناء (ولكن بنجاح محدود). وبالطبع لا يمكن استخدام هذا الأسلوب فى علاج بعض أنماط السلوك.

وعلى سبيل المثال استخدم يوسف فولب Wolpe (١٩٦٢) هذا الأسلوب فى **علاج لازمة جرش الأسنان** عند امرأة، حيث كان يطلب إليها تكرار هذه اللازمة ثلاثين مرة كل جلسة لمدة دقيقة فى كل مرة وبينها وبين المرة التالية دقيقة واحدة للراحة. وبهذا الأسلوب اختفت اللازمة تماماً بعد أسبوعين ولم يحدث انتكاس حتى بعد مرور عام على تمام الشفاء .

كذلك استخدم ييتز Yates (١٩٥٨) هذا الأسلوب فى **علاج مجموعة لازمات** كانت تعانى منها امرأة (وهى النحنحة والزفير الانفجارى من الأنف والكحة وبربشة العينين). وقد أعطاها تعليمات بممارسة كل لازمة باستمرار على مدى خمس دقائق يتخللها دقيقة واحدة فى جلسات مدة كل منها ٤٥ دقيقة. وبعد مائة جلسة بدأ تكرار هذه اللازمات ينقص بوضوح.

نقد العلاج السلوكى:

لقى العلاج السلوكى اهتماماً كبيراً فى مجال العلاج النفسى، وأجريت التجارب الكثيرة بهدف اكتشاف طرق واستخدامات جديدة لهذا النوع الجديد من العلاج.

وتعتبر **المفاهيم والأساليب التى يعتمد عليها** جديدة وقوية، تضارع وتناهض المفاهيم والطرق التقليدية للعلاج النفسى، وهذا هو السبب فى أنها أحدثت تأثيراً كبيراً فى مجال العلاج النفسى، وهذا هو السبب أيضاً فى أنها تلقى أحياناً معارضة قوية.

وتعتبر **نسبة الشفاء** - أو على الأقل التحسن - باستخدام العلاج السلوكى عالية، فقد تصل إلى ٩٠٪ من الحالات. وهذا الرقم يعتبر مشجعاً إذا قورن بنسبة الشفاء التى تتراوح بين ٥٠ - ٧٥٪ فى طرق العلاج الأخرى.

وعلى أى حال فقد لوحظ أن نوع وشدة المرض النفسى لهما أثرهما فى **التنبؤ بنجاح العلاج السلوكى**. وقد وجد أن مرضى خواف الأماكن المتسعة مثلا أقل استفادة بالعلاج السلوكى من مرضى أنواع الخواف الأخرى (ماركس وجيلدر Marx & Gelder، ١٩٦٥). كذلك فإن المرضى الذين يعانون من أعراض متعددة تكون فرصة الشفاء لديهم أقل من فرصة الشفاء لدى المرضى الذين يعانون من عرض واحد محدد. (جيلدر وماركس Gelder & Marx، ١٩٦٦).

وقد قامت بعض الدراسات لمقارنة **نتائج العلاج السلوكى** (التجريبى) بنتائج طرق أخرى [العـ]لاج التقليدى (الكلامى) أو مع استخدام دواء وهمى Placebo (لا يحوى مواد أو عقاقير طبية [يـ]ستخدم لإيهام المريض أنه يعالج طبياً). وقد وجد أن الطرق الثلاث أدت إلى تحسن ملحوظ [و]كانت الفروق بين نتائجها ضئيلة.

يضاف إلى هذا أن **عامل الدافعية** يعتبر عاملا هاماً فى العلاج السلوكى شأنه فى ذلك شأن طرق العلاج النفسى. وقد أثبت ذلك فروند Freund (١٩٦٠) فى تحليل استجابات الجنسية [المثلية] للعلاج باستخدام الخبرة المنفرة (العقاب) حيث وجد أن إجبار المريض على السعى إلى العلاج

بواسطة رجال القضاء والشرطة أو الأقارب كان يرتبط بعدم تحسن الحالة، أما الذين يسعون من تلقاء أنفسهم وبدافعية قوية إلى العلاج فقد لوحظ أن نسبة الشفاء بينهم عالية فعلا.

مزايا العلاج السلوكي:

يمكن تلخيص أهم مزايا العلاج السلوكي فيما يلي:

* يعتمد العلاج السلوكي على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياسًا تجريبيًا مباشرًا.
* ييسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية.
* يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
* يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة محددة، حيث يلعب العمل دورًا أهم من الكلام.
* يستغرق وقتًا قصيرًا لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد والمال.
* يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية.
* يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد تدريبهم.
* يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.
* يعتبر بديلا ناجحًا للعلاج التقليدي في علاج كثير من المشكلات السلوكية، وتطبيقاته أوسع من أي بديل آخر، فهو يتناول تصحيح العادات السيئة لدى الأشخاص العاديين ويمتد استخدامه ليشمل علاج الكثير من الأمراض العصابية وبعض عناصر السلوك الذهاني.
* أثبت نجاحًا ملحوظًا في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلا، وعلاج أمراض عصابية مثل المخاوف والإدمان وغير ذلك من حالات الاضطراب السلوكي.
* يبدو مستقبله أكثر أمنًا من الكثير من طرق العلاج التقليدي الأخرى.

عيوب العلاج السلوكي:

يمكن تلخيص أهم عيوب العلاج السلوكي فيما يلي:

* أحيانًا يكون الشفاء وقتيًا وعابرًا.
* السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
* النموذج السلوكي المبني على أساس الإشراط لا يمكن أن يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية.

* يركز على التخلص من الأعراض، وبذلك يزول العصاب. والأمر فى الأمراض النفسية عادة ليس بهذه البساطة. فالتركيز على إزالة الأعراض فقط قد يؤدى إلى ظهور أعراض أخرى. ثم إن الاضطراب السلوكى الظاهر ما هو إلا الدليل الخارجي لعقدة داخلية عميقة تكمن وراء هذا السلوك المضطرب الذى لا يزيد عن كونه قمة جبل الثلج الظاهرة فقط. وعلى هذا يقول معارضو العلاج السلوكى إن أى محاولة لعلاج الأعراض فحسب سوف تفشل لأنها لا تعالج المصدر الحقيقى للاضطراب. فهل يمكن أن يعتبر دهان البقع الحمراء علاجًا للحصبة. (١)

* لا يمكن أن يدعى المعالجون السلوكيون أن العلاج السلوكى هو علاج لكل أنواع الاضطرابات السلوكية ولكل المرضى النفسيين.

ملاحظات على العلاج السلوكى:

فى ختام كلامنا عن العلاج السلوكى يمكن أن نورد الملاحظات الآتية:

على الرغم من المقارنات التى تعقد بين العلاج السلوكى وغيره من طرق العلاج النفسى التقليدى، فإنه يجب أن يفهم أن العلاج السلوكى **يمكن أن يستخدم فى إطار العلاج النفسى التقليدى.**

ويجب ألا يفهم أن عدم ذكر **المقابلات العلاجية** فى كلامنا عن العلاج السلوكى يعنى أنها ليست هامة فى هذا النوع من العلاج. إن المعالجين السلوكيين يرون أن جميع المرضى يعانون من القلق، وأن **العلاقة العلاجية** السليمة بين المعالج والمريض كفيلة بأن تخفض حدة هذا القلق.

ويجب استكشاف **النواحى التاريخية** وعلامات النمو فى حياة المريض للوقوف على التغيرات السلوكية فى الحاضر.

ويجب أن يهتم المعالج بعلاج الشخصية ككل. وعلى العموم فإن قدرة المريض على تحقيق ضبط استجاباته تؤثر تأثيرًا إيجابيًا على العناصر الأخرى من سلوكه.

كذلك فإن نظرية التعلم تعتبر الدعامة الرئيسية التى يستند إليها معظم المعالجين النفسيين فى الوقت الحاضر. وعلى أى حال فإن استخدام مبادىء وقوانين السلوك فى العيادة النفسية **قد يغطى الفجوة بين علماء النفس التجريبيين والمعالجين النفسيين.**

وقد يظن البعض أن **ربط العلاج السلوكى بالتعلم** يعنى أن العلاج النفسى التقليدى له علاقة قليلة بالتعلم. ليس هذا هو الحال فى الحقيقة لأن كلا من الطريقتين تبرز أهمية التعلم فى اكتساب وإزالة الاضطراب النفسى. وبهذا المعنى نجد أن كلا من المعالجين النفسيين التقليديين

---

(١) يرد أنصار طريقة العلاج السلوكى على هذا النقد بأنهم لا يدهنون البقع وإنما يزيلونها، وأن زوال البقع يدل على زوال الحصبة. كذلك يمكن القول إن علاج العرض قد يكون فى بعض الحالات واجبًا أولاً وبسرعة وقبل تناول المصدر الحقيقى للاضطراب. ففى حالة وجود ثقب فى سفينة يجب أن يسد الثقب أولاً وبسرعة قبل البحث عن مصدره.

والمعالجين السلوكيين يتفقان فى النظر إلى الاضطرابات العصابية على أنها دليل على التعلم الخاطىء أكثر من التعبير عن أنماط الشذوذ الموروث. وعلى أى حال، فإن المعالجين النفسيين التقليديين يهتمون إلى حد كبير بمحتوى ما تعلمه الفرد أكثر من عملية التعلم ذاتها.

ويلاحظ أيضًا أن **العلاج السلوكى ليس مجرد قاعدة أو عدة قواعد بسيطة** يمكن أن تطبق بطريقة سهلة على الاضطرابات السلوكية، والحقيقة أن أساليب العلاج السلوكى متعددة ومتجددة، بعضها مباشر وبعضها غير مباشر يحتاج إلى إجراء تعديلات خاصة حسب حالة المريض، وبعضها بسيط وبعضها معقد، وبعضها يحتاج إلى إشراف قليل من جانب المعالج وبعضها يحتاج إلى اهتمام بالغ ومهارة فائقة من جانب المعالج.

وقد رأينا أن العلاج السلوكى **يتناول زملة الأعراض عرضًا عرضًا**. وتوجه الجهود إلى تعديل العادات السلوكية البسيطة قبل أن تحاول تعديل التجمعات المركبة من السلوك المضطرب.

وهكذا نجد أننا بصدد **طريقة جديدة نامية** من طرق العلاج التى يجب أن يوليها علماءالنفس وأخصائيو العلاج النفسى مزيداً من العناية والبحث والدراسة، وخاصة أن ما تيسر من الدلائل يشير إلى أن للعلاج السلوكى مستقبلا مشرقًا.

ويوضح جدول (٤) **أهم الخصائص المميزة لكل من العلاج النفسى التقليدى والعلاج السلوكى**. ويلاحظ أن المقارنة بين العلاج التقليدى والعلاج السلوكى عملية صعبة وليست فى صورة أن (أ) أحسن من (ب). (سلون Sloane، ١٩٦٩).

جدول (٤) الخصائص المميزة لكل من العلاج النفسى التقليدى والعلاج السلوكى

العلاج النفسى التقليدى	العلاج السلوكى
- يركز على سلوك المريض الذاتى، أى أفكاره ومشاعره، وهذا يؤثر بطريق غير مباشر على السلوك الظاهر للمريض.	- يركز على سلوك المريض الظاهر والذى يمكن ملاحظته موضوعيًا وهذا يؤثر تأثيرًا غير مباشر على الأفكار والمشاعر.
- يتمسك بنموذج طبى يتم فيه البحث عن « أسباب » الأعراض فإذا ما أزيل السبب زال المرض.	- يتبع نموذجًا نفسيًا فى محاولة تغيير السلوك أو « الأعراض » مع « اهتمام أقل بالأسباب » التى تعزى إلى التعلم الشاذ أو الخاطىء.
- يفترض أن الأعراض هى العلامات الواضحة للضيق والتى تبين وجود بعض العقد الداخلية التى لا يمكن الوصول إليها مباشرة بالنسبة لكل من المريض والمعالج وتعتبر مؤشراً محتملا لطبيعة ما يختبىء فى شخصية المريض.	- يعتبر الأعراض دليلا على التعلم الخاطىء بدون أى سبب عميق يكمن وراءها. ويفترض أن تعلم الأعراض العصابية يختلف عن أى تعلم آخر فقط فى كونه تعلمًا غير مناسب أو غير توافقى.

تابع جدول (٤)

العلاج النفسي التقليدي	العلاج السلوكي
- الهجوم المباشر على الأعراض أو التعبيرات الظاهرة للمشكلة قد يعتبر خطأ، لأن ذلك سوف يترك « السبب الحقيقى » للاضطراب دون أن يمس. وبذلك فإن علاج الأعراض فقط يؤدى بالمريض إلى إظهار علامات أخرى للضيق، وأعراض جديدة لتحل محل تلك التى أزيلت عن طريق العلاج « الظاهرى ».	- محور العلاج هو الهجوم المباشر على الأعراض وهى تؤدى بالمريض إلى البحث عن العلاج، وذلك يجعل المريض يلغى تعلمه بعض السلوك اللاتوافقى أو التوافقى الجديد. وتعنى وجهة النظر هذه أن الأعراض هى العصاب وأنه لا يوجد شىء أكثر بالنسبة للعصاب من المشكلات لدى المريض.
- يهتم بإعادة تشكيل محور حياة المريض وإعادة بناء الشخصية.	- يهتم بالسلوك المضطرب فقط، ولا يهتم « بالذات » أو « الشخصية ».
- تكون خبرات المريض بالعلاج أهم شىء. فالمريض يلاحظ أن الجو سمح جدًا، وأنه يلقى توجيهًا قليلاً فيما يتعلق بما يقول أو يفعل، ولكن العلاقة التى يكونها مع المعالج تبدو ذات أهمية خاصة بالنسبة للمعالج نفسه.	- يقدر المريض بسرعة أن أهداف العلاج قد وضحت مباشرة أمامه وأن المعالج عادة أكثر نشاطًا وتشجيعًا وتأثيرًا، وأن العلاقات الشخصية تلقى أهمية أقل نسبيًا.
- كثير من مفاهيمه غير محددة تحديدًا دقيقًا ويصعب إخضاعها للتجريب المعملى.	- تخضع فروضه ومسلماته التى تفسر السلوك للتجريب العلمى.
- يركن إلى التسامح وعدم التدخل والطرق التى تتميز بسحة فلسفية حدسية.	- يعمل على استخدام الطرق القوية النشطة الدينامية التى تقوم على التجارب والطرق العلمية لفهمها.
- يهتم المعالج ويسلم باللاشعور وضرورة التعمق فيه، وفى عمليات الدفاع النفسى.	- يهيىء المعالج الظروف التى تتدخل فى السلوك الحالى للمريض والتى تؤدى إلى تعلمه طرقًا جديدة للاستجابة للبيئة.
- يستغرق وقتًا طويلا لإحداث تغير فى السلوك.	- يستغرق وقتًا أقل نسبيًا لإحداث تغير فى السلوك.
- عدد المرضى الذين يمكن علاجهم قليل بسبب ما يتطلبه من وقت وجهد ومال وبسبب نقص عدد الأخصائيين وتعدد النظريات وتنوع طرق العلاج.	- عدد المرضى الذين يمكن علاجهم كبير لتركيزه على إزالة الأعراض والاستعانة بالأجهزة فى عملية الإشراط والاستعانة بالوالدين والأزواج والممرضات أحيانًا.

العلاج المركز حول العميل

CLIENT-CENTRED THERAPY

بلور هذه الطريقة فى العلاج النفسى كارل روجرز Rogers (١٩٤٢) صاحب **نظرية الذات** self-theory . ولقد شقت الذات طريقها عبر التاريخ ووصلت إلى أحدث وأشمل صياغة لها فى نظرية الذات التى تتضمن طريقة من أحدث طرق العلاج النفسى وهى **طريقة العلاج المركز حول العميل أو طريقة العلاج غير الموجه** non-directive. وبينما أصبحت الذات تمثل مركزا أساسيا وهاما فى معظم نظريات الشخصية فإنها تحتل قلب نظرية روجرز. وقد بنيت النظرية أساسا على خبرة روجرز فى التوجيه غير المباشر والعلاج النفسى المركز حول العميل. وقد ذاعت شهرة **طريقة روجرز فى العلاج النفسى المركز حول العميل** وبالتالى نظريته فى الذات فى الأوساط النفسية بسبب وضوحها والزمن القصير الذى يستغرقه العلاج بهذه الطريقة. ولقد لخص روجرز Rogers (١٩٦١) التغير الذى طرأ على نظريته من ١٩٤٢ خلال ١٩٤٦، ١٩٤٧، ١٩٥١، ١٩٥٥، ١٩٥٩، ١٩٦٠ قائلا «فى السنوات الأولى من تخصصى فى الإرشاد والعلاج النفسى كنت أسأل السؤال الآتى: كيف أستطيع أن أعالج أو أغير هذا الشخص؟ والآن أعيد صياغة هذا السؤال بهذه الطريقة: كيف أستطيع أن أوجد علاقة ومناخا نفسيا يستطيع هذا الشخص من خلاله أن يحقق هو أفضل نمو نفسى؟». وقد أطلق كارل روجرز فى السنوات الأخيرة على طريقته اسم **«العلاج المركز حول الشخص»** Person-centred Therapy.

شكل (١٠٠) كارل روجرز

وقد قام المؤلف (حامد زهران، ١٩٧٢) بإجراء بحث كان هدفه إدخال **مفهوم الذات الخاص** كأحد المكونات الهامة فى نظرية الذات . وإذا كان محتوى مفهوم الذات الخاص مهددا لبنية الذات بصفة عامة فإنه يؤدى إلى التوتر والقلق وسوء التوافق النفسى. وحاول المؤلف إدخال هذا المكون كعنصر هام فى عملية العلاج النفسى المركز حول العميل. ولا تعنى هذه المعالجة لمفهوم الذات الخاص وأهميته فى الإرشاد والعلاج النفسى أن المؤلف يفضل طريقة العلاج النفسى المركز حول العميل أو الإرشاد النفسى غير الموجه على غيرها من طرق العلاج. ولا يعتقد المؤلف أيضا أن العلاج النفسى المركز حول العميل هو الطريقة المثلى أو الأولى والأخيرة فى العلاج النفسى. وحتى كارل روجرز نفسه صاحب نظرية الذات وشيخ طريقة العلاج النفسى المركز حول العميل يعترف بأن هذه الطريقة قد لا تناسب كل أنواع اضطرابات الشخصية، وأنها مفيدة مع أنواع معينة من العملاء وخاصة أولئك الذين يكون ذكاؤهم متوسطا ويكون لديهم طلاقة لفظية، وأنها تكون مناسبة جدا فى حالات الإرشاد العلاجى والاستشارة النفسية.

وحدد روجرز **هدف العلاج النفسى المتمركز حول العميل** بأنه ليس مجرد حل مشكلة معينة، ولكن هدفه هومساعدة العميل على النمو النفسى السوى، ويهدف أيضا إلى إحداث التطابق بين الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالى ومفهوم الذات الاجتماعى. أى أنه يركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع، وإذا تطابق السلوك مع مثل هذا المفهوم الأقرب إلى الواقع كانت النتيجة هى التوافق النفسى والصحة النفسية.

وأهم ما يقرر استخدام طريقة العلاج النفسى المركز حول العميل هو نضج العميل وتكامله بدرجة تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته فى يده وأن يعالجها بذكاء تحت إرشاد المعالج غير الموجه.

ملامح العلاج النفسى الممركز حول العميل:

العميل:

هو الفرد الذى تتمركز حوله عملية العلاج والإرشاد. ويكون لدى العميل محتوى مهدد فى مفهوم الذات الخاص ويدرك ويعى عدم التطابق بين الذات والخبرة وبين مفهوم الذات والذات المثالية. وهو يدرك ويعى التهديد الناجم عن محتوى مفهوم الذات الخاص والتهديد الناجم عن عدم التطابق. ويخبر العميل شعوريا وفى وعى العوامل الكامنة فى سوء التوافق النفسى ويمكنه أن يعيد تنظيم مفهوم الذات ليحقق التطابق بينه وبين البيئة.

ويكون العميل قلقا، معرضا لمضاعفات نفسية تصل إلى الاكتئاب (انظر غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٢). ويدرك العميل الحاجة للعلاج ويأتى هو للعلاج ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو، ويكون لديه عناصر قوة وقدرة على تقرير مصيره بنفسه وتحديد فلسفة حياته، وعلى استعداد لتحمل مسئولية العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج.

المعالج:

يشترط أن يكون المعالج نفسه متوافقا نفسيا، لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية، ولا يحتوى مفهوم الذات الخاص لديه على خبرات مهددة لا تتفق مع بنية الذات أو مع المعايير الاجتماعية. ويكون لدى المعالج شفافية وحساسية، يهتم بإخلاص بحالة العميل، ويقبله ويشجعه ويفهم وجهات نظره. والمعالج الناجح مستمع جيد وموجه بارع للمناقشة وبائع ناجح للصداقة، متفائل وبشوش دائما، لا يتخذ موقف الواعظ أو الناصح أو المقوم للسلوك، لديه اتجاه نفسى أخلاقى فى فهم وتفسير وتعديل السلوك، واسع الخبرة فى علم النفس وفى كافة مجالات الحياة. والمعالج عليه أن يستمع ويتقبل ويعكس مشاعر العميل ثانية إليه ليقوم العميل بفحصها بصورة أدق. أى أن المعالج يكون بمثابة مرآة مشاعر ينعى عن طريقها المريض مفهوم ذات أكثر واقعية وإدراكا أدق للواقع. والمؤمن مرآة أخيه. (انظر شكل ١٠٠).

عقد العلاج:

ويلتقى المعالج والعميل (انظر شكل ١٠١). ويحاول المعالج والعميل تحديد ما يشبه عقد العلاج أو اتفاقا غير مكتوب، وفى جو حيادى سمح، يحددان الموقف العلاجي وأبعاده ومسئولية كل منهما، ويفهم العميل أهمية التقارير الذاتية، وأن أحسن نقطة لفهم سلوك الفرد هى من وجهة نظره هو ومن داخل إطار المرجعى[1].



شكل (١٠١)
المعالج كمرآة مشاعر



شكل (١٠٢)
المعالج والعميل
«العلاج المركز حول العميل»

مقدمة العلاج النفسى:

أعد المؤلف (حامد زهران، ١٩٧٧) موضوعا بعنوان «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» يقدمه إلى العميل قبل عملية الإرشاد والعلاج، كإعداد مسبق للعميل لتعريفه بالدور الإيجابى الذى ينبغى أن يقوم به فى الإطار العام لطريقة الإرشاد والعلاج المركز حول العميل وكأنه اتفاق ودى بين الطرفين.

وتبدأ هذه المقدمة بالترحيب بالعميل الذى أتى بنفسه للعلاج، وإفهامه هدف المقابلات العلاجية، وتأكيد أن المعالج سيبذل كل جهده لفهمه ومساعدته وأنه سيجده مشجعا حسن الإصغاء، ويستحثه على البوح بكل ما يكمن فى «مستودع» الذات الخاصة، وعلى ألا يترك أى سر، واثقا فى **السرية المطلقة** لكل البيانات والمعلومات [2]، وأن كل ما يقوله سيجد كل عناية واهتمام.

---

(١) يلاحظ انه فى بداية حركة العلاج النفسى المركز حول العميل كان لا يلتفت كثيرا إلى الاختبارات النفسية. وكان أهم شىء هو التقرير الذاتى للمريض، ولكن الدراسات والبحوث التى تلت وطورت هذه الطريقة (انظر حامد زهران Zahran، ١٩٦٦) أثبتت ضرورة اتجاه المعالج إلى الاختبارات النفسية حتى يمكن مقارنتها بالتقارير الذاتية ومعرفة مدى التقارب أو التباعد بينها.

(٢) نؤكد هنا ضرورة الالتزام بأصول المهنة، ونذكر أن إفشاء أسرار العميل يعاقب عليه القانون.

ثم يستحث المعالج العميل على **تحديد المشكلة** مع طمأنته وتعريفه أنه ليس الوحيد الذى يعانى من مثل هذه المشكلات، وأن علاج المشكلة سهل ميسور لو درست طولا وعرضا وعمقا، مع تأكيد أن الفرد القوى هو الذى يواجه مشكلاته مواجهة علمية واقعية، ويعلن الحرب على مشكلاته ولا يهرب منها ولا يتجاهلها، ويطلب المساعدة فى حلها. إن مفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة وأن يعرف مشكلاته ويحددها ويدرسها ويفسرها ويضبطها ويحولها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر هو عليها. ويشجع المعالج العميل على التحدث عن ذاته كما يدركها ويفهمها وكما هى فى الواقع الآن، وعن ذاته كما يود أن تكون، وعن ذاته كما يراها الآخرون، ويشجعه على ألا يتردد فى ذكر أى شىء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط تاركا العنان بحرية لأفكاره واتجاهاته ورغباته وإحساساته وخبراته تسترسل بطلاقة من تلقاء نفسها دون تحفظ مهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو بغيضة أو مؤلمة.

ويشجع المعالج العميل على البحث عن **الأسباب الحقيقية** الخاصة بالمشكلة فى ضوء المبدأ القائل إنه «لا شىء يأتى من لا شىء». ويتم البحث فى كافة جوانب حياة العميل ما ظهر منها وما بطن خاصة ونحن نعلم أن «ما خفى كان أعظم»(١). ويدور البحث فى الأسباب الأصلية مثل العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة وخاصة ما كان منها له تاريخ طويل فى حياة العميل. ويتناول البحث الأسباب المساعدة مثل الأزمات والصدمات والأمراض الجسمية والإصابات والإجهاد والضعف العام وغير ذلك من عوامل التفجير للمشكلات. ويدور البحث أيضا حول الأسباب الحيوية مثل اضطرابات أجهزة الجسم والأمراض والتسمم والاضطرابات الخاصة بالحمل والولادة والبلوغ الجنسى والزواج والاضطرابات الوراثية مثل العاهات والتشوهات الخلقية وغيرها. ويستقصى عن الأسباب الاجتماعية فى الأسرة وما يتعلق منها بالوالدين أو الأطفال أو الإخوة أو الزوج أو فى العمل مثل سوء التوافق وسوء الأحوال الاقتصادية أو البطالة أو مع الأصدقاء مثل الصحبة السيئة. ويكشف عن الأسباب النفسية مثل الصراع والإحباط والحرمان والعدوان والخبرات السيئة الصادمة والإصابة السابقة بالمرض النفسى. ويؤكد المعالج للعميل أن هذه الأسباب عامة ولا تصدق على كل الناس . ونحن نعرف أن « النار التى تذيب الدهن هى نفسها التى تجعل البيض يتجمد » ونحن نعلم أيضًا أن صدمة واحدة قد لا تؤثر فى بناء الشخصية ، ولكن تكرار الصدمات يصدعه ، والانفجار ينسفه .

ثم يوجه الإنتباه إلى **تحديد الأعراض** والعلامات التى تدل على وجود المشكلة مارين على كل ما يمكن أن يكون موجودًا من اضطرابات الإدراك واضطرابات التفكير ، واضطرابات الذاكرة ، واضطرابات الوعى ، واضطرابات الانفعال ، واضطرابات الإرادة ، واضطرابات التفهم ، واضطرابات

(١) يقول الشاعر : لا تأخذن من الأمور بظاهر إن الظواهر تخدع الرائينا
ويقول آخر : ولرب بؤس فى الحياة مقنّع أربى على بؤس بغير قناع

البصيرة ، والاضطرابات العقلية المعرفية واضطرابات الشخصية ، واضطرابات السلوك الظاهر ، واضطرابات الغذاء ، واضطرابات الإخراج ، واضطرابات النوم ، وسوء التوافق ، والانحرافات الجنسية ، والأعراض النفسية الجسمية والعصبية ، والأعراض العامة .

ثم يلفت نظر العميل إلى أهمية **الفحص** والكشف الدقيق سعيًا نحو التشخيص الموفق والعلاج الناجح ، وهدف الفحص هو فهم شخصيته ومعرفة نواحي قوته ونواحي ضعفه ومعرفة أجمل خبراته وأسوئها وما يعجبه في نفسه وما لا يعجبه ، وحاجاته المشبعة وغير المشبعة . وفهم حياته الحاضرة والماضية وتطلعاته للمستقبل وعلاقة كل هذا بمشكلته . ويؤكد المعالج للعميل أنه يثق في تقريره الذاتي عن نفسه لأنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه من نفسه ، وأن أحسن نقطة لفهم سلوكه هي من وجهة نظره (أي من وجهة نظر العميل) ومن داخل إطاره المرجعي . ويشجع المعالج العميل على أن يكشف له عن ذاته الخاصة ويدخله إلى عالمه الخاص في صدق وصراحة وشجاعة ، ويعرفه أن من كتم سره عن المعالج فقد خان نفسه .

ويعرف العميل أنه عن هذا الطريق يمكن الوصول إلى **التشخيص** من واقع تحديد المشكلة والمعلومات السابقة والاستعانة بالبحث الاجتماعي والاختبارات النفسية والفحص الطبي والعصبي أحيانًا .

وقبل بدء **العلاج** يجب إمداد العميل بجرعة تثقيفية عنه، فيعرف أنه لتعدد أسباب المشكلات النفسية وتعدد أعراضها فإن لكل مشكلة طريقة وأسلوبًا معينًا في علاجها . إن العلاج النفسي في جوهره توجيه وإرشاد ، تطهير وتطمين ، استبصار وتحصين ، تعلم ونمو . وقد يكون العلاج عبارة عن توجيه وإرشاد نفسي مطول أو علاج نفسي مختصر ، علاج بالعمل أو علاج باللعب ، علاج طبي بالعقاقير والأدوية ، أو علاج سلوكي ، أو علاج ديني ... إلخ .

وفي بيئتنا بصفة خاصة يحذر العميل من **خطر اللجوء إلى غير المختصين** للعلاج مثل مدعي العلم والدجالين والمشعوذين .

ويعمل المعالج على تهيئة **مناخ علاجي** سار مشبع بالأمن والتقبل والراحة والأمل ، خال من التهديد والتوتر والقلق يتيح فهم السلوك . ويعمل على إقامة علاقة علاجية أساسها الفهم المتبادل والثقة المتبادلة والاحترام المتبادل ، وإتاحة فرص التنفيس الانفعالي حيث تفرغ كل الانفعالات، ويزيد الاستبصار وذلك بالتعرف على نواحي القوة والإيجابيات لزيادتها والتعرف على نواحي الضعف والسلبيات لعلاجها . ويتم تعلم أساليب السلوك السوي . ويركز الاهتمام على نمو الشخصية على أساس نمو البصيرة وتغير السلوك إلى أفضل وتحديد فلسفة عامة في الحياة أكثر واقعية وتوفيقًا ، وتقبل الذات ، وتقبل الآخرين . وتستمر جلسات العلاج ويحدد إنهاءها تحقيق الهدف وشعور العميل بقدرته على الاستقلال والثقة في النفس والقدرة على حل مشكلاته مستقلا مستقبلا وشعوره العام بالتوافق النفسي والصحة النفسية .

ويعرف العميل أن **خطة العلاج** التى توضع بالاشتراك معه ، المعالج مسئول عن صحتها والعميل مسئول عن تنفيذها وترجمتها إلى سلوك ، وأنه سوف يتم وضع خطة قريبة المدى وخطة بعيدة المدى ، تهدف إلى إزالة الأعراض واقتلاع الأسباب من جذورها ، ووضع أولويات مسلسلة للعميل ، ووضع حل وحلول بديلة لأن أهم شىء هو حصر المشكلة لا تفجيرها وحلها لا تعقيدها . ويجب العمل فى صبر وأمل لتعديل أنماط السلوك ، مع ترتيب الإمكانات فى شكل واقع وممكن ومستحيل على ألا يترك الممكن فى طلب المستحيل ، وأن هدف خطة العلاج هو تحويل نقاط الضعف فى العميل إلى مصادر قوة ، وتحويل خبراته المؤلمة إلى خبرات معلمة ، وتعليمه طريقة حل مشكلات الحياة بصفة عامة (١) .

ويعرف العميل أن **هدف العلاج** هو تحقيق الصحة النفسية . ويمكن تحقيق هذا عن طريق إزالة الأسباب التى أدت إلى المشكلة ، والقضاء على أعراضها وإنقاذ العميل من وطأتها ، وزيادة بصيرته بالنسبة لمشكلاته السلوكية ، وتعديل السلوك غير السوى وتعلم السلوك السوى ، وتغيير الدوافع والانفعالات التى تكمن وراء السلوك غير السوى ، واكتساب القدرة على ضبط هذه الدوافع وتلك الانفعالات ، وتغيير مفهوم الذات الموجب بما يحقق ازدياد قوة الذات وازدياد تماسك وقوة الشخصية ، وزيادة القوة على حل الصراع النفسى ، وزيادة القدرة على حل المشكلات بطرق أجدى وأكثر واقعيةبحيث يصبح العميل أكثر اعتماداً على نفسه وأكثر ثقة بنفسه ، والحيلولة دون ازدياد الحالة سوءاً أو حدوث نكسة ، وزيادة تقبله لمسئوليته الشخصية عن حالته وعن تقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه .

هذا ويوجه المعالج العميل إلى أهمية تنمية شخصيته حتى **يصبح متمتعاً بالصحة النفسية** والتوافق ، والشعور بالسعادة مع نفسه ، والشعور بالسعادة مع الآخرين ، وتحقيق ذاته واستغلال قدراته، وقدرته على مواجهة مطالب الحياة ، وتحقيق التكامل النفسى ، والسلوك العادى ، وحسن الخلق، والعيش فى سلامة وسلام .

ويعرف المعالج العميل أن من أهم أهداف الصحة النفسية **الوقاية** . وأن المعالج سوف يزود العميل بذخيرة من المعلومات تفيده فى الوقاية من الأمراض النفسية .

وبعد الانتهاء من مقدمة العلاج يقدم المعالج للعميل اختبارمفهوم الذت الخاص .

اختبار مفهوم الذات الخاص :

أعد المؤلف (حامد زهران ، ١٩٧٢) اختبار مفهوم الذات الخاص . ويهدف الاختبار إلى استكشاف المحتويات الشعورية المختزنة فى « مستودع » مفهوم الذات الخاص . وبمعنى آخر يهدف هذا الاختبار الكلينيكى إلى الكشف عن دخائل وخفايا وأعماق الذات .

(١) جاء فى القرآن الكريم : « إن مع العسر يسرا » .
وجاء فى الكتاب المقدس : « ماذا ينفع الإنسان لو ربح العالم كله وخسر نفسه » .
وفى المثل العامى : الخسارة اللى تعلم مكسب .

اختبارات أخرى :

وإلى جانب اختبار مفهوم الذات الخاص، يمكن للمعالج أن يقدم اختبار مفهوم الذات (١) لقياس مدى التطابق بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالى ... وهكذا .

التشخيص :

وبعد تحديد مدى عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعى وبين مفهوم الذات المثالى ، وبعد تحديد محتوى مفهوم الذات الخاص يتم تشخيص الحالة .

عملية العلاج :

ويبدأ العلاج النفسى المركز حول العميل ، أى العلاج النفسى المركز حول الذات ، ويتميز بوضوح النظرية التى يستند إليها وبالزمن القصير الذى يستغرقه . إن غاية نمو الشخصية حسب هذا المنهج العلاجى هى **التطابق الأساسى** بين المجال الظاهرى ومفهوم الذات والتخلص من المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص والتصرف فيها، وهذا يمثل التوافق النفسى الصحى .

وأفضل وسيلة لفهم الفرد هى **فهم الإطار المرجعى الداخلى** له internal frame of reference ، أى فهم سلوك العميل من وجهة نظره هو نفسه وطريقة نظرته إلى الأشياء وطريقة إدراكه للعالم من حوله وطريقة اتخاذه لقراراته ، لأن هناك عالمًا مختلفًا لكل فرد ، وهو عالم خاص للفرد أو إطار مرجعى شخصى . وعندما يصل المعالج إلى فهم سلوك العميل فى هذا الإطار يساعده على زيادة فهم نفسه بدرجة أوضح ، ويساعده فى التعرف على التفاوت بين عالمه الذاتى الخاص كما يدركه وبين العالم الخارجى الواقعى الموضوعى الذى يواجهه .

وأحسن أسلوب لإحداث التغير فى السلوك هو أن يحدث **التغير فى مفهوم الذات** .

ولا بد لكى يتم هذا من تهيئة **مناخ علاجى** آمن خال من التهديد الذى يهدد ذات العميل ، كله حرية وتقبل وثقة متبادلة واطمئنان على سرية المعلومات ، وهذا يتيح فرصة الإفصاح عن الانفعالات والتعبير عن المتاعب ودراسة الذات ومفهوم الذات وفحص الدوافع وفهم الاتجاهات دون تدخل مباشر من أحد .

---

(١) يستخدم هنا اختبارمفهوم الذات من إعداد الباحث (انظر حامد زهران Zahran ، ١٩٦٦ ، ١٩٧٦) وهو بطريقة «تقدير الذات التصنيفى » Self-rating Q-sort . كذلك يمكن استخدام الاختبارات النفسية التى تقيس المميزات الفارقة بين مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب وهى : الثبات الانفعالى ، والتوافق الانفعالى ، وتوافق الشخصية ، والواقعية وإقامة علاقات طيبة مع الجماعة، والرضا بالوضع الراهن ، وقوة الأنا الأعلى ، والصحة النفسية ، والتوافق السليم . ويمكن أيضًا استخدام اختبار مفهوم الذات ، إعداد محمد عماد الدين إسماعيل .

وهكذا يساعد المعالج العميل على بلورة وإيضاح أبعاد مفهوم الذات لديه ويساعده على نقل خبراته تدريجيًا من **مستودع الذات الخاصة** إلى المعالج وتزداد ثقة العميل فى المعالج دون شروط.

ويصبح العميل مستعداً لمراجعة وإعادة تكامل بناء ذاته . ويصبح أكثر حرية وطلاقة فى التعبير عن **الخبرات الخاصة** .

وتجرى عملية مراجعة بنية الذات ، وتناقش كل المحتويات المهددة فى مفهوم الذات الخاص ، وتوضع خطة حلها .

ويقل ثم يغيب التهديد . ويقل ثم يغيب الدفاع والمقاومة الشعورية (أى المنع وعدم البوح ببعض المعلومات المخجلة أو المشينة أو المهددة للذات) .

ويخبر العميل شعوريًا وفى وعى العوامل التى أدت وتؤدى إلى سوء توافقه النفسى ، وبصفة خاصة عدم التطابق بين مفهوم الذات والخبرة أو بين مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى أو مكونات ومحتوى مفهوم الذات الخاص .

ويجمع العميل خبراته بدقة فى بنية الذات . ويصبح أكثر تقبلا لخبراته .

ويزداد استبصار العميل ويترجم البصيرة إلى فعل وسلوك . ويزداد اعتماده على نفسه .

ويزداد التطابق بين مفهوم الذات والخبرة والذات المثالية .



شكل (١٠٣) رسم يعبر عن الانطلاق نحو تحقيق الذات

وينخلص من تهديد محتوى مفهوم الذات الخاص . ويصبح أكثر موضوعية وأكثر واقعية .

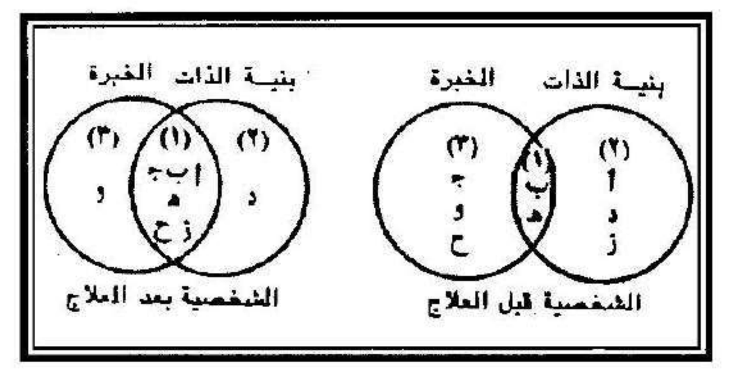
وتزداد وترتفع مكانة الذات . ويزداد التوافق النفسى . ويقل التعرض للمضاعفات النفسية ويقل القلق .

ويتقبل العميل ذاته ، ويتقبل الآخرين . وينظم مفهومه عن ذاته ليصبح متطابقًا مع خبراته وينطلق نحو **تحقيق الذات** . وبذلك ينتقل من حالة سوء التوافق إلى التوافق النفسى . (انظر شكل ١٠٣ ، ١٠٤) .

ويعود العميل ويصير سويًا ، متوافقًا ، صحيحًا نفسيًا

استخدام العلاج النفسى الممركز حول العميل :

يفيد العلاج النفسى الممركز حول العميل بصفة خاصة فى علاج المشكلات الشخصية للشباب . كما يفيد أيضًا فى إرشاد الأزواج ومشكلات الزواج .



شكل (١٠٤) التطابق بين بنية الذات والخبرة قبل وبعد العلاج [١]

الإرشاد العلاجي

CLINICAL COUNSELLING [٢]

إن الشخص السوى أوالعادى لا يخلو من المشكلات ، ولكن مشكلاته لاتصل إلى حد اضطراب الشخصية الخطيرة أو حد المرض النفسى . ومع هؤلاء الأشخاص الأسوياء الذين لديهم مشكلات شخصية أو انفعالية تكون طريقة العلاج المختارة هى « الإرشاد العلاجى » . أى أن العمل يكون **الإرشاد العلاجى للأسوياء** . (انظر حامد زهران ، ١٩٩٤) .

وفى ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسى ، فإن **الإرشاد العلاجى يتبع مع أقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء .**

(١) ملاحظات على (شكل ١٠٤) .
* قبل العلاج - التطابق قليل بين بنية الذات والخبرة، فمثلا :
أ - قد تكون « أنا ضعيف فى الحساب »
ب - قد تكون « أنا رسبت فى امتحان الحساب فى المدرسة »
ج - قد تكون الواقع وهو نجاح الشخص فى حسابات العمل ، ولكنه لا يقبل هذا الواقع داخل بنية الذات .
* بعد العلاج تصبح أ - « أنا فوق المتوسط فى الحساب »
ب ، ج تصبح « أنا دائمًا ناجح فى حسابات العمل رغم رسوبى مرة فى امتحان حساب فى المدرسة » .
* الرسم الأول يوضح تطابقًا أقل والرسم الثانى يوضح تطابقًا أكبر بين بنية الذات والخبرة .
* تبقى بعض عناصر بنية الذات والخبرة غير متطابقة مثل د ، و .

(٢) يطلق عليه أيضًا Therapeutic Counselling .

ويرجع التاريخ الحديث للإرشاد العلاجى إلى سنة ١٩٠٩ حين أسس وليام هيلى Healy معهد رعاية الأطفال الجانحين فى شيكاجو Chicago Juvenile Psychopathic Institute ، وهو يعتبر أول عيادة نفسية لتوجيه الأطفال لعلاج مشكلاتهم الانفعالية ومشكلات سوء التوافق فى كل من الأسرة والمدرسة . وفى الثلاثينات بدأالإرشاد العلاجى يتمايز بوضوح عن كل من الإرشاد المهنى والإرشاد التربوى حيث أخذ يركز على مشكلات الشخصية وكان يعرف فى ذلك الوقت باسم «**الإرشاد الشخصى**» Personal Counselling . وكانت البداية الجادة على يد سيموندز Symonds فى كتابه « تشخيص الشخصية والسلوك «Diagnosing Personality and Conduct سنة ١٩٣١ ، وعلى يد ويليامسون Williamson (١٩٣٩) ، رائد طريقة الإرشاد الموجه فى كتابه «كيف نرشد الطلبة » How to Counsel Students حيث أكد الطبيعة العلاجية للإرشاد النفسى بصفة عامة .

وفى الأربعينات أثرت مفاهيم التحليل النفسى فى نمو الإرشاد العلاجى الذى اهتم بالمشكلات الشخصية والانفعالية . وفى الخمسينات ظهر الإرشاد غير الموجه والعلاج النفسى الممركز حول العميل على يد كارل روجرز Rogers (١٩٥١) الذى عدل الأسلوب الموجه السابق ووجه الأنظار إلى أن المرشد المعالج يقوم بعلاج الناس وليس المشكلات . وعلى العموم فقد أصبح روجرز من أقطاب ميدان الإرشاد النفسى والعلاج النفسى وخاصة بعد إصدار كتابه « **الإرشاد والعلاج النفسى** » (١٩٤٢) Counselling and Psychotherapy .

تعريف الإرشاد النفسى :



شكل (١٠٥) الإرشاد العلاجى

يعرف المؤلف (حامد زهران ، ١٩٨٠) الإرشاد النفسى بصفة عامة بأنه « عملية واعية مستمرة بناءة ومخططة ، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكى يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسميًا وعقليًا واجتماعيًا وانفعاليًا ، ويفهم خبراته ، ويحدد مشكلاته وحاجاته ، ويعرف الفرص المتاحة له ، وأن يستخدم وينمى إمكاناته بذكاء إلى أقصى حد مستطاع ، وأن يحدد اختياراته ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته ورغبته بنفسه ، بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذى يحصل عليه عن طريق المرشدين والمربين والوالدين ، فى مراكز التوجيه والإرشاد وفى المدارس وفى الأسرة ، لكى يصل إلى تحديد وتحقيق أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين فى المجتمع والتوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وزواجيًا وأسريًا.

ويمكن **تلخيص** هذا التعريف الشامل فيما يلي : « الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وزواجيًا وأسريًا .

تعريف الإرشاد العلاجي :[1]

الإرشاد العلاجي هو عملية مساعدة العميل في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى سوء توافقه النفسي ، والعمل على حل المشكلات بما يحقق أفضل مستوى للتوافق والصحة النفسية .

ومن **الخصائص المميزة** للإرشاد العلاجي أنه يؤكدضرورة التخصص العلاجي للمرشد مع الاهتمام بتدريبه كلينيكيا .

ويهتم الإرشاد العلاجي باستخدام وسائل جمع المعلومات مثل الاختبارات والمقاييس وخاصة اختبارات ومقاييس التشخيص النفسي الكلينيكي حتى يستطيع المرشد المعالج أن يفهم العميل بدرجة أفضل وأن يحدد ويشخص مشكلته بدقة .

وتتضمن **عملية الإرشاد العلاجي** التوصل إلى المشكلات الداخلية للعميل أي أنه يدخل إلى الحياة الشخصية للفرد .

هذا ويرى البعض أن الإرشاد العلاجي يعتبر توأمًا لطريقة العلاج النفسي المركز حول العميل .

الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي :

يذكر بعض المؤلفين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي أحيانًا **كمترادفين** أو على الأقل كمصطلحين يستخدمان للتعبير عن عملية واحدة ، ونحن نعرف أن علم النفس العلاجي Clinical Psychology يضم كلا من العلاج النفسي والإرشاد العلاجي ، ويضم مهارات مشتركة بين عمليتي الإرشاد والعلاج النفسي باعتبارهما عمليتان تهدفان إلى مساعدة الأفراد في حل المشكلات الشخصية ، إلى جانب استفادته من ميادين علاجية أخرى مثل الطب النفسي والخدمة الاجتماعية ... إلخ .

وعلى العموم فنحن نجد أن الفرق الرئيسي بين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي هو فرق في الدرجة وليس في النوع ، وفرق في العميل وليس في العملية ، فالعملية واحدة ، ولكن العميل في الإرشاد أقرب إلى الصحة والسواء من زميله في العلاج .

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في الإرشاد العلاجي:

- Journal of Consulting and Clinical Psychology .
- Journal of Mental Health Counseling.

وعندما يذكر الإرشاد العلاجى فى كتب الصحة النفسية والعلاج النفسى فإنه يأخذ مكانه كطريقة علاج نفسى جنبًا إلى جنب مع التحليل النفسى والعلاج السلوكى ... إلخ .

وبطبيعة الحالة فهناك فروق تميز بين الإرشاد العلاجى من ناحية والعلاج النفسى من ناحية أخرى. ويوضح جدول (٥) أهم هذه الفروق .

جدول (٥) الفروق بين الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى

الإرشاد العلاجى	العلاج النفسى
- الاهتمام بالأسوياء الذين لم تنم لديهم بعض أنماط عصابية واضحة غير أنهم ضحايا لضغوط بيئية قد تؤدى إلى ظهور العصاب لديهم .	- الاهتمام بالمرضى بالعصاب والذهان أو ذوى المشكلات الانفعالية الحادة .
- حل المشكلات على مستوى الوعى والشعور .	- التركيز على اللاشعور .
- العميل يعيد تنظيم بناء شخصيته هو .	- إعادة تنظيم بناء الشخصية مسئولية المعالج .
- العميل عليه واجب ومسئولية كبيرة فى رسم ووضع الخطط لنفسه وحل مشكلاته .	- المعالج أنشط ويقوم بدور أكبر فى عملية العلاج .
- تدعيمى تربوى .	- تدعيمى (بتركيز خاص) .
- يستغرق وقتًا أقل فى العادة .	- يستغرق وقتًا أطول .

أهمية الإرشاد العلاجى :

والحاجة إلى الإرشاد العلاجى ملحة لتحقيق التوافق الشخصى والانفعالى ورعاية مسار النمو النفسى السليم بصفة عامة .

وتأتى أهمية الإرشاد العلاجى فى **تناول الحالات الحدية** borderline cases بين السوية واللاسوية أو بين العاديين والمرضى . ومما يؤكدأهمية الإرشاد العلاجى والحاجة إليه ما يلى :

* يمر الفردخلال مراحل نموه بفترات انتقال حرجة قد يتخللها صراعات وإحباطات وقد يلونها القلق والاكتئاب والخوف من المجهول .
* نحن نعيش فى عصر يشهد قدراً كبيراً من التغير الاجتماعى المستمر السريع والتقدم العلمى والتكنولوجى يتمخض عن مطالب وحاجات ومشكلات ويتطلب استمرارالتوافق النفسى معه .
* العصر الذى نعيش فيه الآن هو « عصر القلق » وتتفشى فيه « أمراض الحضارة » ومشكلات المدنية .

* الفرد العادى قد يعانى من بعض المشكلات الشخصية والانفعالية فى حياته اليومية لا تصل إلى درجة المرض النفسى ، ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل أن يستفحل أمرها وتتطور إلى عصاب أوربما إلى ذهان ، أوعلى الأقل حتى لا تحول دون النموالنفسى السوى ودون تحقيق الصحة النفسية .

* كثير من الناس يدركون فى وقت من أوقات حياتهم أن سلوكهم مضطرب بدرجة تخرج عن حدود العادى بما يعوق حياتهم العادية ويؤثر فى حياتهم الاجتماعية . وهؤلاء يحتاجون إلى مساعدة فى حل مشكلاتهم .

أهداف الإرشاد العلاجى :

يهدف الإرشاد العلاجى إلى دراسة شخصية العميل حتى يمكن توجيه حياته بأفضل طريقة ممكنة وحل مشكلاته وتحسين درجة توافقه النفسى إلى أفضل درجة ممكنة . ويهدف الإرشاد العلاجى إلى مساعدة الأسوياء للوصول إلى مستوى أرقى من مهارات التوافق التى تبدو فى زيادة النضج والاستقلال والتكامل الذاتى وتحمل المسئولية وتحقيق السعادة فى الحياة . وهكذا يهدف الإرشاد العلاجى - **مثل غيره من مجالات الإرشاد النفسى** - إلى تحقيق الذات ، وتحقيق التوافق ، وتحقيق الصحة النفسية .

ولتحقيق هذه الأهداف يتبع الإرشاد العلاجى نفس مناهج واستراتيجيات الصحة النفسية والعلاج النفسى وهى : المنهج الإنمائى ، والمنهج الوقائى ، والمنهج العلاجى .

أسس الإرشاد العلاجى :

يقوم الإرشاد العلاجى - كغيره من مجالات الإرشاد النفسى - على أسس ومسلمات ومبادىء تتعلق بالسلوك البشرى والعميل وعملية الإرشاد ، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسى ، وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية والفروق الجنسية ومطالب النمو ، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بالتفاعل الاجتماعى ، وعلى أسس عصبية وفسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبى والحواس وأجهزة الجسم الأخرى .

ومن **الأسس العامة** : أو المسلمات والمبادىء التى يقوم عليها الإرشاد العلاجى : ثبات السلوك الإنسانى نسبيًا وإمكان التنبؤ به ، ومرونته ، وفردية وجماعية السلوك الإنسانى ، واستعداد الفرد للتوجيه والإرشاد ، وحق الفرد فيه ، وحقه فى تقرير مصيره ، وتقبل العميل ، واستمرار عملية الإرشاد ، وأن الدين ركن أساسى فى عملية الإرشاد .

ومن **الأسس الفلسفية** : طبيعة الإنسان كما حددها الله سبحانه وتعالى وفى ضوء النظريات النفسية . ومن الأسس الهامة أيضًا أخلاقيات الإرشاد النفسى مثل الترخيص والقسم وسرية المعلومات والعلاقة المهنية والعمل المخلص والعمل كفريق واحترام اختصاص الزملاء ومراعاة كرامة المهنة واعتدال التكاليف . وهناك أسس فلسفية أخرى مثل الكينونة والصيرورة والجماليات والمنطق .

ومن **الأسس النفسية والتربوية** : الفروق الفردية كمبدأ أو قانون عام أساسى فى علم النفس حيث يختلف الأفراد كما وكيفًا ، والفروق بين الجنسين على بعد الذكورة / الأنوثة ، ومطالب النمو بصفة عامة وفى مراحل الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة بصفة خاصة .

ومن **الأسس الاجتماعية** : الاهتمام بالفرد كعضو فى جماعة وباعتباره كائنًا اجتماعيًا يعيش فى واقع اجتماعى ووسط اجتماعى ثقافى يتأثر بالثقافة الاجتماعية ، ومنها أيضًا الاستفادة من مصادر المجتمع ومؤسساته المختلفة .

ومن **الأسس العصبية والفسيولوجية** : اعتبار أن الإنسان نفس وجسم وأنه يسلك فى محيطه البيئى كوحدة نفسية جسمية مما يؤكد الارتباط الوثيق بين النفس والجسم ، ومنها أهمية الجهاز العصبى باعتباره الجهاز الحيوى الرئيسى الذى يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى ويتحكم فى السلوك.

كذلك فإن الإرشاد العلاجى - مثله مثل غيره من مجالات الإرشاد النفسى - يقوم على أساس **نظريات علمية** مثل نظرية الذات والنظرية السلوكية ونظرية المجال ونظرية السمات والعوامل ونظرية التحليل النفسى .

المشكلات التى يتناولها الإرشاد العلاجى:

يتناول الإرشاد العلاجى المشكلات النفسية التى تحول دون توافق الفرد وتمتعه بالصحة النفسية، وعادة ما تسبب مثل هذه المشكلات صراعات إما داخلية (داخل الذات) أو خارجية (بين الذات وبين عناصر البيئة) مما يجعله يحتاج إلى إرشاد علاجى متخصص، ويتركز الاهتمام فى الارشاد العلاجى حول المشكلات الشخصية والانفعالية والجانب السلوكى الشخصى التوافقى بصفة عامة.

وفيما يلى أهم المشكلات التى يتناولها الإرشاد العلاجى:

المشكلات الشخصية: مثل المشكلات والانحرافات الجنسية التى تسبب الشعور بالذنب والخطيئة أو الخوف أو القلق لدى العميل، ومن أمثلتها الجنسية المثلية والبغاء والعنة والبرود الجنسى والسادية والماسوكية... إلخ. وقس على هذا الكثير من مشكلات الشخصية التى تهدد توافق العميل بصفة عامة.

اضطرابات الشخصية: خاصة اضطرابات سمات الشخصية مثل الانطواء والعصابية والسلبية والتشاؤم... إلخ.

المشكلات الانفعالية: مثل الخوف والقلق والغيرة والغضب والحزن والعدوان والاكتئاب، أو اضطرابات أخرى مثل البلد واللامبالاة والتناقض وفقد الثقة فى النفس واضطراب الكلام والسلوك الدفاعى وسهولة الاستثارة الانفعالية والحساسية النفسية بصفة عامة.

مشكلات التوافق: مثل سوء التوافق الشخصى ونقص الثقة فى النفس حيث يشاهد الخجل، وتحقير الذات، والشعور بالإثم والسلبية، والملل، والإهمال، وعدم تحمل المسئولية. وهناك سوء التوافق الاجتماعى حيث يشاهد الارتباك والشك والحقد والغيرة والاستعراض وقلة الأصدقاء والعزلة والانسحاب والتعصب.... إلخ.

مشكلات السلوك العامة: وتشمل الاضطرابات السلوكية التى تعتبر إما أعراضا لأمراض نفسية أو هى نفسها مشكلات سلوكية قائمة بذاتها. ومن أمثلة مشكلات السلوك اضطرابات العادات مثل اللازمات الحركية العصبية كهز الرجلين وحركات الرأس و الكتفين واليدين ورمش العينين وحركات الفم وجرش الأسنان.. إلخ.، ومنها اضطرابات الغذاء مثل قلته أو الإفراط فيه، والوحم وفقد الشهية العصبى...إلخ، ومنها اضطرابات الإخراج مثل البوال والإمساك أو الإسهال العصبى...إلخ.

المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد العلاجي:

يهتم المرشد العلاجي بالمعلومات اللازمة لدراسة سلوك العميل ككل وكوحدة متكاملة.

وفى عملية جمع المعلومات لابد من مراعاة **شروط** تضمن نجاحها مثل السرية وبذل أقصى الجهد والمهارة وحث العميل على التعاون والدقة والموضوعية والصدق والثبات والتكرار والاستمرار وتقرير العوامل المسببة والأعراض والاهتمام بالمعلومات الطولية والتأكد والاعتدال وتقييم المعلومات وتنظيمها. ومما ييسر عملية جمع المعلومات تعاون العميل والأسرة والمدرسة والمؤسسات الأخرى، ومما يعوقها تغليف الذات والمعلومات المختصرة.

ومن مصادر المعلومات: المعلومات من العميل وهو أحسن المصادر، والمعلومات من الآخرين مثل الوالدين والإخوة والأقارب والأصدقاء والأخصائيين ومن يهمهم الأمر.

وتتضمن المعلومات اللازمة فى الإرشاد العلاجى البيانات العامة عن العميل كشخص، وكشخصية، والمعلومات الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والمعلومات عن الحالة الانفعالية، والمشكلات أو الاضطرابات، وغير ذلك من المعلومات العامة .

وسائل جمع المعلومات فى الإرشاد العلاجى :

يستطيع المرشد استخدام عدد من الوسائل لجمع المعلومات كما سبق ذكره عند الفحص والتشخيص (راجع الفصل الرابع). ومما هوجدير بالذكر هنا أن هذه الوسائل يجب أن تستخدم لفهم ومساعدة العميل، ويجب أن **تتعدد** وأن تراعى الشروط العامة التى تضمن نجاح وفاعلية استخدامها لجمع المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد.

وأشيع وأهم وسائل جمع المعلومات فى الإرشاد العلاجى هى المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة ومؤتمر الحالة و الاختبارات والمقاييس والسيرة الشخصية والسجل القصصى والسجل المجمع.

خدمات الإرشاد العلاجي:

الإرشاد العلاجي هو أكثر مجالات الإرشاد النفسي تخصصا، وهو أشملها وأجمعها، و يعتبر تطبيقا عمليا لكل إجراءات عملية الارشاد والعلاج النفسي.

وتتلخص **إجراءات عملية الإرشاد العلاجي** بصفة عامة فيما يلي:

الإعداد للعملية: ويتضمن ذلك استعداد المرشد والتخطيط والتحضير للعملية وتهيئة الظروف المناسبة، واستعداد وإعداد العميل بحيث يتوافر الإقبال والقبول والتقبل، وتنمية مسئولية العميل وإيجابيته، وتقديم عملية الإرشاد بحيث يشمل ذلك إيضاح أهدافها وتحديدها والتعريف بإجراءات الفحص وأهمية التشخيص وإجراءات العملية... إلخ.

تحديد الأهداف: وتشمل الأهداف العامة والمبدئية والخاصة لعملية الإرشاد وأهمها حل المشكلة تحديد العملية. ويتضمن ذلك تعريف العميل بنظامها وإمكانات المرشد والمعلومات المطلوبة ووسائل الحصول عليها، وتحديد أبعادها، وتعريف العميل أن المرشد مسئول عن صحتها وأنه - أى العميل - مسئول عن تنفيذها.

جمع المعلومات: ويقصد هنا المعلومات المرتبطة بالعميل ومشكلته وبيئته من جميع المصادر وبجميع الوسائل مع استخدام دليل فحص ودراسة الحالة بحيث تجمع هذه المعلومات وتلخص وتذيل بتوصيات.

التشخيص وتحديد المشكلات: وهذا يتم على أساس الفحص وجمع المعلومات وتحديد المشكلة والتعرف على الاضطراب وتعيينه وتسميته بهدف تحديد إجراءات عملية الإرشاد، وهذا يهم كلا من العميل والمرشد.

تحديد المآل: أى التنبؤ بمدى نجاح العملية فى المستقبل وتحديد مآل المشكلة أو الاضطرابات فى ضوء الفحص والتشخيص بهدف توجيه وتحسين عملية الإرشاد وتحديد أنسب الطرق.

الجلسات الإرشادية: وهى المقابلات التى يتم فيها إجراءات عملية الإرشاد. ومن عوامل نجاحها استعداد المرشد للمساعدة، والألفة، والتقبل الإيجابى غير المشروط، والمشاركة الانفعالية، والتركيز حول الموضوع، والحكمة، والتلقائية والشفافية، وحسن الإصغاء، وبيع الصداقة، والثقة المتبادلة، والمسئولية المشتركة، ودقة المواعيد، وتحديد الزمان والمكان... إلخ. وتتطلب الجلسات الإرشادية تهيئة مناخ نفسى إرشادى أهم مظاهره الأمن والسرية والخصوصية والتسامح. وتتم الجلسات الإرشادية فى إطار علاقة شخصية واجتماعية مهنية دينامية هادفة بين المرشد والعميل فى حدود المعايير تهدف لتحقيق الأهداف.

التداعى الحر: أو الترابط الطليق بهدف كشف واستدراج مكبوتات اللاشعور إلى الشعور وتفسيره فى ضوء الواقع .

التفسير: أى إعطاء معنى للمعلومات والأسباب والأعراض والسلوك وأسلوب الحياة وديناميات الشخصية وحيل الدفاع النفسي.. .إلخ فى اللحظة السيكولوجية المناسبة بهدف الإيضاح والإفهام، وتغيير إدراك الخبرات والمشكلات والمعرفة والتفكير والمشاعر والسلوك، وتنمية البصيرة والثقة فى النفس، والمساعدة فى اتخاذ القرارات وحل المشكلات، والتخلص من القلق وحل الصراعات وعمل شيء ملموس للعميل، ويقوم بالتفسير كل من المرشد والعميل فى إطار علمي واقعى سهل .

التنفيس الانفعالى: والتفريغ أو التطهير الانفعالى للشحنات النفسية والمواد والخبرات المشحونة انفعاليا بهدف تخفيف ضغط الكبت فلا يحدث انفجار أو انهيار، وإزالة الحمولة النفسية.

الاستبصار: وفهم النفس ومعرفة الذات والقدرات والاستعدادات والانفعالات والدوافع والأسباب، والإيجابيات والسلبيات ونواحي القوة والضعف بهدف فهم الذات وإدراك السلوك المضطرب ووضوح الرؤية .

التعلم: ويتم تدريجيا بتهيئة خبرات وممارسات مناسبة مع مراعاة شروط التعلم الجيد، بهدف تعلم عادات سلوكية وأساليب تفكير ومهارات جديدة وأساليب التوافق وصيانة الشخصية وتعلم حل المشكلات .

تعديل وتغيير السلوك: وهنا يتم تعديل وتغيير السلوك من السيء والغريب والشاذ واللاتوافقي إلى الحسن والمألوف والعادى والمتوافق، مع تأكيد أهمية الإرادة وقوة العزيمة، وأهمية التعزيز والانطفاء والإشراط. ويتضمن ذلك محو تعلم السلوك غير السوى، وإعادة تعلم سلوك توافقي، وإعادة التنظيم الإدراكي، وإعادة تنظيم السلوك، وتغيير مفهوم الذات والانفعالات والأفكار والمعتقدات والاتجاهات.... إلخ.

النمو وتغيير الشخصية: ويقصد بذلك النمو النفسي نحو النضج (تسهيل النمو العادى) وتغيير الشخصية نحو التكامل والاستقلال (تغيير البناء الوظيفي والبناء الدينامى للشخصية).

اتخاذ القرارات: والمقصود هنا مساعدة العميل فى اتخاذ قراراته، وهذا أمر هام فى حياة العميل الذى له الحق فى اتخاذ قراراته بنفسه وهو يتحمل مسئولية ذلك. وتعليم العميل اتخاذ قراراته بنفسه إجراء هام يحتاج إليه ليتجنب الصراعات والتسرع والتورط والخطأ. ويتم ذلك فى خطوات تبدأ بفهم الهدف ثم جمع المعلومات ثم تحليها ثم تحديد البدائل والاحتمالات والتقييم واختيار أنسب الاحتمالات.

حل المشكلات: وهنا يتم تعليم العميل كيف يحل مشكلاته مستقلا، مع اتخاذ المشكلة الحاضرة كنموذج أو عينة تدريب حيث يتم حصر المشكلة والسيطرة عليها بعد دراستها طولاوعرضا وعمقا واقتلاع أسبابها واستعراض المحاولات السابقة لحلها واقتراح حلول بديلة وترتيبها حسب

رية واختيار الحل ووضع خطة التنفيذ. وفى هذا يساعد المرشد فقط ويحرص على عدم خطأ ل الذى ينفذ الخطة بدون شروط.

تشاور: ويتم التشاور بين المرشد كخبير وحكيم نفسى وبين العميل الذى يسترشد برأى . حيث يقدم المشورة والنصح غير المباشر وغير الإجبارى فى شكل اقتراحات بطريقة خذها أو ا، وفى حالة الاقتناع بعد التشاور يكون التنفيذ.

تقييم: ويتم تقييم عملية الإرشاد النفسى فى ضوء نتائجها، ويتناول ذلك تقدير نتائج طريقة اد وظروف العملية وجهود المرشد والعميل. ويكون التقييم كيفيا وكمياً، ويشترك المرشد ؤه والعميل والأخصائيون والوالدان والرفاق ومن يهمهم الأمر. ويكون التقييم بهدف معرفة فعالية ونجاح العملية ومدى فعالية ونجاح الطريقة، ومدى نمو وتغيير شخصية وسلوك العميل. لتقييم فى ضوء معايير وموازين ومحكات مثل تحقيق الأهداف وشعور العميل بالتوافق حة النفسية. وتتضح أهمية التقييم فى طمأنة المرشد على نجاح العملية وفعالية الطريقة، ن العملية فى حالة النجاح المتوسط، وتغيير الطريقة فى حالة التعثر، وتحديد المدى والشوط نطع ومقدار الباقى. ويتبع إجراءتقييم عملية الإرشاد طرقا منها: التقارير الذاتية، وملاحظة ك، والاختبارات والمقاييس.

نهاء: ونصل إلى نهاية عملية الإرشاد بعد إتمام إجراءاتها ونجاحها فى تحقيق أهدافها. ب ذلك على نوع المشكلة وحدتها. وعلى شخصية وتجارب العميل، وعلى المرشد وطريقته. ج إنهاء عملية الإرشاد إلى تدريج ومهارات خاصة.

تابعة: من الضرورى إجراء تتبع منظم لمدى تقدم وتحسن حالة العميل الذى تم إرشاده، التأكد من استمرار تقدم الحالة وتنفيذ القرارات والحلول. وترجع أهمية المتابعة إلى أن بعض قد تحتاج إلى تعديل، وأن العميل قد يحتاج إلى مساعدة، وقد ينتكس. ومن وسائل المتابعة ل شخصيا أو تليفونيا أو بالمراسلة، أو حضور العميل دوريا للعيادة أو إعداد تقارير ذاتية،، أو ل بالأسرة أو المدرسة أو مكان العمل. ومن أهم فوائد المتابعة إشعار العميل باهتمام المرشد.

تخدام طرق الإرشاد المناسبة: يجمع الإرشاد العلاجى بين عدد من طرق الإرشاد أهمها ما يلى:

شاد الفردى: هو إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه فى كل مرة وخاصة فى حالات المشكلات لطابع الفردى، والخاصة جداً، مثلالكشلات اجلنسية.

شاد الجماعى: وهو إرشاد عدد من العملاء تتشابه مشكلاتهم معا فى جماعة صغيرة مع ال القوى الإرشادية فى الجماعة مثل الجاذبية والالتزام والمسايرة واستخدام شرائط الفيديو الأساليب المتنوعة للإرشاد الجماعى مثل التمثيل النفسى المسرحى (السيكودراما) والتمثيل اعى المسرحى (السوسيودراما) والمحاضرات والمناقشات الجماعية والنادى الإرشادى وعلاج ة الجماعية، وهو قريب من العلاج الجماعى (وسيأتى تفصيل ذلك بعد قليل).

* **الإرشاد الموجه**: وهو الإرشاد المتمركز حول المرشد حيث يقوم المرشد بدور إيجابي نشط في التأثير المباشر في الشخصية والسلوك على أساس افتراض نقص معلومات العميل وعجزه في حل مشكلته، ويستخدم مع العملاء المتعجلين ناقصي المعلومات ذوي المشكلات الواضحة. والإرشاد الموجه أسلوب علاجي (كلينيكي) يقدم مساعدة مباشرة ونصحا مباشرا ويتبع خطوات محددة هي التحليل (أي استخدام الاختبارات والمقاييس لجمع المعلومات وتحليلها) والتركيب (أي تجميع وتنظيم وتلخيص المعلومات التي تم تحليلها) والتشخيص (أي تحديد المشكلة) والإرشاد الفردي (أي تفسير المعلومات وتقديم النصح واتخاذ القرارات واقتراح الحلول) والمتابعة (أي متابعة الحالة بعد إنهاء العملية).

* **الإرشاد غير الموجه**: هو الإرشاد المتمركز حول العميل حيث يوضع العميل في مركز دائرة الاهتمام. وتتم علاقة في مناخ نفسي يمكن العميل من تحقيق أفضل نمو نفسي. ومن أهم خصائصه التمركز حول العميل الذي له حق تقرير مصيره، ودور المرشد الذي يكون بمثابه مرآه لوضوح الرؤية واستبصار العميل في جو حيادي خال من التهديد.

* **الإرشاد الديني**: وهو مساعدة الفرد في نموه وتحقيق رشده الديني وتناول المشكلات التي من أعراضها الانحراف والشعور بالإثم والخوف والاكتئاب والقلق عن طريق الاعتراف والتوبة والاستبصار والتعلم والدعاء وابتغاء رحمة الله والاستغفار و ذكر الله والصبر والتوكل على الله.

* **الإرشاد السلوكي**: حيث تستخدم الأساليب السابق تناولها مثل التخلص من الحساسية (التحصين التدريجي)، والغمر، والكف المتبادل، والإشراط التجنبي والتعزيز الموجب (الثواب)، والتعزيز السالب، والعقاب (العلاجي)، والثواب والعقاب، والإطفاء (تدريب الإغفال)، والإطفاء والتعزيز، وضبط المثيرات، والممارسة السالبة.

* **الإرشاد باللعب**: وهو مهم بصفة خاصة في حالة الإرشاد العلاجي للأطفال، وهو قريب من العلاج باللعب.

تقديم بعض خدمات مجالات الإرشاد النفسي:

يهتم الإرشاد العلاجي بحالة العميل والبيئة والمجال النفسي الذي يعيش فيه، ولذلك تشمل خدماته بعض جوانب مجالات الإرشاد الأخرى المتعددة كما يلي:

* **الإرشاد التربوي**: وهو عملية مساعدة الفرد في رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه، واختيار الدراسة والمناهج والمواد المناسبة واستكشاف المستقبل التربوي والنجاح في البرنامج التربوي، وحل المشكلات التربوية بما يحقق التوافق التربوي العام. ويتناول الإرشاد التربوي مشكلات المتفوقين، والضعف العقلي، والتأخر الدراسي، ومشكلات النمو العادية

للطلاب، ومشكلات اختيار نوع الدراسة والتخصص، ومشكلات نقص المعلومات عن الدراسة المستقبلية، ومشكلات النظام وسوء التوافق التربوى والتسرب.

* **الإرشاد المهنى**: وهو عملية مساعدة الفرد فى اختيار مهنته والإعداد لها والدخول فيها، والتقدم فيها، وحل مشكلات المهنة، والرضا المهنى، والتوافق المهنى. ويتناول الإرشاد المهنى مشكلات الاختيار المهنى ومشكلات الإعداد المهنى ومشكلات التوزيع، ومشكلات الالتحاق بالعمل، ومشكلات التعيين تحت الاختبار، وسوء التوافق المهنى، والبطالة.

* **الإرشاد الزواجى**: وهو عملية مساعدة الفرد فى اختيار الزوج والاستعداد للزواج، والدخول، والاستقرار والسعادة، والتوافق الزواجى، وحل مشكلات الزواج قبله وأثناءه وبعده. ويتناول مشكلات ما قبل الزواج مثل سوء اختيار الزوج والعنوسة، والإحجام والإضراب عن الزواج، والتفاوت بين الزوجين، والاختلاط الزائد، والتجارب قبل الزواج. ويتناول أيضاً مشكلات أثناء الزواج بعد الدخول مثل: تنظيم النسل، والعقم، وتدخل الحماة والأقارب، وتعدد الزوجات، واضطراب العلاقات الزوجية، والمشكلات الجنسية، والخيانات الزوجية. ويتناول كذلك مشكلات بعد إنهاء الزواج مثل: الطلاق، والترمل والعزوبة بعد الزواج، والزواج من جديد. وإلى جانب هذه المشكلات يتناول الإرشاد الزواجى المشكلات العامة فى الزواج مثل: الزواج غير الناضج والمتسرع والجبرى والعرفى، وزواج الشوارع والمبادلة والغرض، والزواج القائم على الغش، ومشكلات الأم غير المتزوجة والأب غير المتزوج، ومشكلات الزوجة العاملة، والاتجاهات السالبة والأفكار الخاطئة، ونقص التربية الجنسية.

* **الإرشاد الأسرى**: وهو عملية مساعدة أفراد الأسرة فرادى أو فى جماعة فى فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق وحل المشكلات الأسرية. ويتناول الإرشاد الأسرى المشكلات الأسرية مثل: اضطراب العلاقات بين الوالدان، والإدمان، والوالدان العصابيان، والقدوة السيئة، والتنشئة الاجتماعية الخاطئة، واضطراب العلاقات بين الإخوة، والمشكلات المتعلقة بمركز الولد فى الأسرة، ومشكلات أولاد الزواج السابق والأولاد غير الأشقاء، والأولاد اليتامى، ومشكلات المرأة العاملة، وخلف البنات، ومشكلات ذوى القربى، وسوء التوافق الأسرى، وتفكك الأسرة.

* **إرشاد الأطفال**: وهو عملية المساعدة فى رعاية نمو الأطفال نفسيا، وتربيتهم اجتماعيا، وحل مشكلاتهم اليومية، ويتناول إرشاد الأطفال مشكلات نموهم مثل: اضطرابات الغذاء، والإخراج، والكلام، والنمو، والنظام، والجناح، والاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات النفسية الجسمية.

* **إرشاد الشباب**: وهو عملية المساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الشباب نفسيا وتربويا ومهنيا واجتماعيا، والمساعدة فى حل مشكلاتهم اليومية. ويتناول مشكلات الشباب الجنسية والصحية والانفعالية والأسرية والمدرسية والمهنية والاجتماعية والدينية والأخلاقية.

* **إرشاد الكبار:** وهو عملية المساعدة فى رعاية وتوجيه الشيوخ المسنين نفسيا واجتماعيا ومهنيا، وحل مشكلات الشيخوخة. ويتناول المشكلات الصحية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والجنسية، ومشكلات العيش مع الأولاد، والعزوبة الإجبارية، ومشكلة التقاعد.
* **إرشاد الفئات الخاصة:** وهو عملية المساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الفئات الخاصة نفسيا، وتربويا، ومهنيا، وزواجيا، وأسريا، وحل مشكلاتهم. ويتناول المشكلات الخاصة بالمتفوقين، وضعاف العقول، ومشكلات العميان وضعاف البصر، ومشكلات الصم وضعاف السمع، ومشكلات المعاقين جسميا، ومشكلات الجانحين. ويتناول إلى جانب هذه المشكلات الخاصة ـ المشكلات العامة لدى معظم أفراد الفئات الخاصة مثل: المشكلات الاجتماعية، والأسرية، والتربوية، والمهنية، والانفعالية، والزواجية.

حل المشكلات الشخصية والانفعالية:

لا يخلو إنسان من المشكلات، ولا يجزعن من ذلك. **وتدريب العميل على حل المشكلات** جزء ضرورى فى عملية تربيته بصفة عامة وفى عملية الإرشاد العلاجى بصفة خاصة حتى يحسن معرفة حل المشكلات. والتدريب على حل المشكلات الشخصية والانفعالية يعتبر تدريبا جيداً للشخصية. إن التدريب على الحياة يتطلب التدريب على حل مشكلات الحياة. وهل يتقن أحد منا الرياضيات دون التدريب على حل المشكلات الرياضية؟

ويتم **تقديم المساعدة اللازمة لحل المشكلات** الشخصية والانفعالية عن طريق المشاركة الانفعالية، وتأكيد الذات، والعمل على إشباع الحاجات، وتسهيل عملية التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالى. ويتناول كذلك المشكلات الشخصية والاضطرابات الانفعالية المصاحبة للعصاب. ويتعاون المرشد مع زملائه من الأخصائيين فى بحث الأسباب واستثارة تعاون العميل وعلاج الأعراض بحيث يتمكن العميل من حل مشكلاته بنفسه تحت إشرافه وبتوجيهه.

المسئولون عن الإرشاد العلاجى:

يعتبر الإرشاد العلاجى مسئولية تقع على عاتق **فريق** الإرشاد الذى يضم عدداً من المختصين على رأسهم «المرشد النفسى العلاجى» clinical counsellor.

ويحتاج المسئولون عن الإرشاد العلاجى إلى **إعداد علمى وعملى**. ويتضمن الإعداد العلمى دراسة الصحة النفسية وعلم النفس العلاجى والعلاج النفسى وسيكولوجية التوافق والتوجيه والإرشاد وعلم النفس التربوى وعلم نفس النمو وعلم النفس الفارق وعلم النفس الفسيولوجى وعلم النفس الاجتماعى والعلاقات الإنسانية وسيكولوجية الشخصية وسيكولوجية الفئات الخاصة والقياس النفسى، إلى جانب عدد من العلوم الأخرى والمعلومات العامة السليمة والثقافة الواسعة. ويتطلب

الإعداد العلمى اكتساب المهارة فى استخدام وسائل الإرشاد على اختلاف أنواعها وفى إقامة العلاقة الإرشادية فى دراسة الحالة وفى استخدام كافة مصارد البيئة فى الإرشاد، والتدريب العلمى والعملى على وسائل الإرشاد وطرقه فى مجالاته المتنوعة.

والمرشد العلاجى: هو المسئول المتخصص الأول عن عملية الإرشاد نفسها، ويتم إعداده علميا فى أقسام علم النفس بالجامعات ويتم تدريبه عمليا فى مراكز الإرشاد والعيادات النفسية. وفى معظم الدول نجد إجماعا على أن الدرجة العلمية التى يحملها المرشد العلاجى هى الدكتوراه. ويعمل المرشد النفسى العلاجى بالتعاون مع رفاقه فى فريق يضم: المعالج النفسى والأخصائى النفسى، والطبيب النفسى، والأخصائى الاجتماعى النفسى، والمساعدين النفسيين، والممرضيين النفسيين، ويعاونهم الوالدان.

وفى المدارس يعتبر **المعلم - المرشد** teacher-counsellor أحد أعضاء فريق الإرشاد، ذلك لأنه أقرب شخص إلى التلميذ فى المدرسة، والمعلم - المرشد مسئول عن تهيئة جو نفسى صحى فى الفصل يساعد التلاميذ على أحسن نمو ممكن وبلوغ المستوى المطلوب من التوافق النفسى والمدرسى. ومن مسئولياته أيضاً اكتشاف النقاط والمواقف التى يجب عندها أن يتحول الموقف الأكاديمى إلى موقف توجيه وإرشاد. ويجب عليه إحالة الحالات التى تخرج مساعدتها عن حدود إمكاناته ومؤهلاته إلى المختصين فى الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى. (انظر حامد زهران، ١٩٩٤أ).

الاستشارة النفسية

PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

هناك نسبة كبيرة من الناس الذين يعانون من مشكلات انفعالية واجتماعية وشخصية ولكن هذه المشكلات عادية لم تصل بعد إلى حد الانحراف السلوكى. ومن أمثلة هذه المشكلات فى مجال العمل مشكلات الاستذكار والتركيز ومشكلات التوافق ومشكلات وقت الفراغ، وفى المجال الاجتماعى قلة الأصدقاء ومشكلات الحب وأسلوب التربية الخاطىء فى الأسرة، وفى المجال الانفعالى الخوف والخجل... إلخ. وهؤلاء يجدون فى البحث عن حل لمشكلاتهم يستشيرون الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين وعلماء الدين. (روكلاند Rockland ١٩٦٩)(١).

(١) يعنى البعض مثل نيلسون Nelson (١٩٧٢) بالاستشارة «التشاور» بين الأخصائيين بخصوص عميل أو مريض. وهذا التشاور يتضمن التعاون وتبادل المعلومات والتخطيط المشترك من أجل مصلحة العميل أو المريض.

والاستشارة النفسية ذات فائدة كبيرة. وتقدم فى العيادة النفسية أو فى مركز الإرشاد أو فى المدرسة أو المستشفى أو فى مركز الخدمة الاجتماعية أو فى مركز التأهيل أو فى دور العبادة إذا كانت مطلوبة وإذا قدمت بمهارة وخبرة [1] (دافيدسون Davidson ١٩٦٩).

والاستشارة النفسية هى العملية التى تتم بين المعالج (المستشار) وعميل سوى (المستشير) ولكنه يعانى من قلق واضطراب نفسى بسيط ولديه بعض المشكلات الانفعالية أو الاجتماعية أو الشخصية التى لا يستطيع مواجهتها والتغلب عليها وحلها بمفرده. والاستشارة النفسية عبارة عن موقف تعليمى فى جملته يؤدى بالمستشير إلى زيادة فهم نفسه وفهم مشكلته وفهم أنماط سلوكه وحل مشكلته.

وتتمركز الاستشارة النفسية حول العميل أكثر مما تتمركز حول المشكلة التى يعرضها. والمطلوب فيها دائما تحقيق التوافق النفسى أو زيادة التوافق (روسيكرانس وهيدين Rosecrance & Hyden، ١٩٦٠).

ويقول كارل روجرز Rogers (١٩٥١) فى كتابه (الاستشارة والعلاج النفسى) إن هدف الاستشارة النفسية هو مساعدة العميل على أن يساعد نفسه على حل مشكلاته وإن وظيفة المستشار النفسى هى مساعدة العميل على أن يتخلص من انفعالاته المتعلقة بمشكلته حتى يستطيع أن يفكر بطريقة أوضح وأسلم وحتى يستطيع التوصل إلى حل للمشكلة.

ويلاحظ أن الاستشار النفسية **تقتصر على دائرة الشعور أو الذات**.

وفى المدرسة يستطيع **الأخصائى** النفسى المدرسى تقديم المشورة للطلاب. ويحتاج هذا منه إلى مجموعة من المهارات مثل: الإصغاء النشط، وضمان السرية، والحديث بأمانة، والموضوعية، وإتاحة الفرصة للطالب المستشير لاتخاذ قراراته بنفسه، وتفسير كل شىء للطالب، وتوضيح البدائل، وتحديد السلوك المطلوب، ومساعدة الطالب المستشير على شق طريقه بنجاح(نيكولامس جالو Gallo، ١٩٨٠). ويستطيع الأخصائى النفسى المدرسى - كمستشار - أن يقدم خدمات قيمة فى المدرسة باستخدام أساليب وتدخلات متطورة لمنع حالات الغياب والتسرب من المدرسة وتعديل السلوك النظامى لدى الطلاب وضبطه.(آمى ديبولت، ليز هيرلاش Diebolt & Herlache، ١٩٩١، سناء حامد زهران، ١٩٩٦).

الطريقة:

تسير الاستشارة النفسية فى **إجراءات نلخصها فيما يلى:**

تحديد العلاقة الاستشارية بين المستشار النفسى والعميل، واستقباله فى جومتقبل يستثير العميل ويشجعه على التلقائية فى التعبير بحرية وصراحة واسترسال دون أى قيود ودون خوف أو

---

(١) يقول الزبير بن عبد المطلب:

وأن سر أمر عليك التوى ... فشاور حكيما ولا تعصه

محاولة للتهرب، ويشجعه على المشاركة والتعاون فى حل مشكلته. ويستجيب المستشار لما يقوله العميل مبديا فهما كاملاً لأفكار العميل ويقبله تماماً دون نقد أو اعتراض. ويجب أن تكون العلاقة بين المستشار النفسى والعميل علاقة عمل لا ينبغى أن تتحول أثناء الاستشارة إلى علاقة انفعالية أو اجتماعية.

جمع وتحليل المعلومات المتعلقة بالعميل ودراسة أسلوب حياته وأهدافه وقيمه وأساليب تحقيقها وأساليب تحقيق سعادته ومدى رضاه عن نفسه وتفاعله وتوافقه الاجتماعى مع الآخرين، وذلك عن طريق الأفراد المتصلين بالعميل فى الأسرة والمدرسة والعمل والأصدقاء بالإضافة إلى المعلومات التى يحصل عليها المستشار من خلال المقابلة الشخصية مع العميل.

تركيب وتنظيم المعلومات والتوصل إلى صورة متكاملة عن العميل توضح دوافعه وأساليب سلوكه واتجاهاته وقيمه ونواحى قوته ونواحى ضعفه.

تشخيص المشكلة وتحديد أسبابها المختلفة.

التنبؤ وتكوين صورة عن احتمالات سلوك العميل فى المستقبل، وهل يجب اتخاذ احتياطات معينة، وهل المشكلة تحتاج فقط إلى مجرد مشورة نفسية أم أن العميل يحتاج إلى إرشاد أو علاج نفسى. وقد يتطلب الأمر تحويل العميل إلى أخصائيين آخرين أو مؤسسات أخرى أقدر على مساعدته.

مساعدة العميل فى فهم نفسه واستبصاره وفهم دوافعه وأساليب سلوكه الحاضرة وعلاقتها بالمشكلة، ومساعدته وحل مشكلته عن طريق توضيح أسبابها واقتراح الطرق المحتملة لحلها والخطوات اللازمة للوصول إلى كل من هذه الحلول. مع جعل موقف الاستشارة موقف تعليم يتعلم فيه العميل معلومات واتجاهات مما يساعد على النمو النفسى السوى.

المشورة: وهذه قد تكون مشورة موجهة حيث يقدم المستشار مساعدته بطريقة إيجابية مباشرة فى تيسير أسباب المشكلة وتحديد خطة حلها والتغلب عليها مع المستشير، وهنا يحدد المستشار النفسى ما يجب أن يتبعه المستشير فى حل مشكلته. وقد تكون المشورة غير موجهة حيث تترك خطة حل المشكلة تماماً للعميل نفسه تحت إشراف المستشار النفسى، ويضع العميل عدة حلول ويترك الخيار للعميل ليختار أنسبها، ولا يتدخل المستشار إلا فى حالة اختيار حل غير موفق قد يعقد المشكلة أكثر مما يحلها.

المتابعة: لمعرفة نتائج الاستشارة ومساعدة العميل إذاكان فى حاجة إلى مساعدة أخرى، واستئناف العمل مع العميل مرة أخرى إذا كان ما يزال فى حاجة إلى مساعدة بخصوص المشكلة.

العــــلاج النفســـى الجماعــــى

GROUP PSYCHOTHERAPY

تعريف العلاج النفسى الجماعى:

يمكـن تعريف الـعلاج النفســى الجماعى بـأنه علاج عدد مـن المرضى الذين يـحسـن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا فى جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة فى سلوك الأفراد، أى ما يقوم بين أفراد الجمـاعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البـعض وبينهم وبين المعـالج (أو أكثر من معالـج) يؤدى إلى تغيـير سلوكهـم المضطرب وتعـديل نظرتهـم إلى الحياة وتصـحيح نظرتـهم إلى أمراضهم. (انظر شكل ١٠٥).

ويتم العلاج الجماعى عـادة فى صورة غير موجهة على الرغم من أن بعض المعـالجين يميلون إلى اتباع الأسلوب المباشر التوجيهى بدرجات متفاوتة.

ولقد أثـارت الحرب **العالمية الثانية**، بصفـة خاصة وما ارتـبط بها مـن زيادةكبيـرة فى حالات الأمراض النفـسية، أزمة فى المعـالجين النفسيين. وكان الحل هو الالـتجاء إلى العلاج الـنفــى الجمـاعى. وقد ساعد التشـابه الكبير فى مشكلات الجـنود وأعراضهم المرضية وفـى ظروفهم المعيشـية فى الحرب على تـهيئة مناخ مثالى وحقل خصب للـتجارب فى العلاج النفسى الجماعى.

شكل (١٠٦) العلاج النفسى الجماعى

والعلاج النفسى الجماعـى طريقة فعالة وقد أفردت له مجلات علمية دورية عديدة.[1]

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج الجماعى:

يستند العلاج النفسى الجماعى إلى أسس نفسيـة اجماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجى فى تصحيح الـسلوك الاجتماعى للمريض وتقويم انحرافاته، ومن هذه الأسس ما يلى:

* **الإنســان كائن اجتـمـاعى لديه حاجات نفسـيـة اجتماعية** لابد من إشـباعها فـى إطار اجتمـاعى، مثل الحاجة إلـى الأمن، والحاجة إلى الـنجاح والحاجة إلى الاعـتراف والتقدير والمكانة والحاجة إلى الشعور بالانتماء والشعور بالمسـئولية نحو الأخرين والحاجة إلى الحب والمحبة والحاجة

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى العلاج النفسى الجماعى ما يلى:

- Group psychotherapy; psychodrama and sociometry.
- Groups: A Journal of Group Dynamics and Psychotherapy.
- International Journal of Group Psychotherapy.

إلى المطابقة أو المسايرة والحاجة إلى تجنب اللوم والحاجة إلى الانقياد والحاجة إلى السلطة والحاجة إلى الضبط والتوجيه... إلخ.

* يتحكم فى سلوك الفرد **المعايير الاجتماعية** التى تحدد **الأدوار الاجتماعية** التى يقوم بها فى المجتمع. ويخضع للضغوط الاجتماعية ، ويرتبط بنمط العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى السائد والجماعات التى ينتمى إليها.

* من أهم أهداف العلاج النفسى بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصى **والتوافق الاجتماعى** بما يحقق سعادة الفرد فى تفاعله الاجتماعى.

* تعتبر **العزلة الاجتماعية** سببا من أسباب المرض النفسى وعاملا من عوامل تدعيمه وتثبيته.

* يؤثر **التفاعل الاجتماعى** بين المرضى فى الجماعة العلاجية مع كل واحد منهم بجعل كل منهم مرسلا ومستقبلا للتأثيرات العلاجية، فلا يعتمد العلاج على المعالج النفسى وحده، بل يصبح المرضى الآخرون مصدرا من مصادر العلاج(١).

* **تعتمد الحياة فى عصرنا الحاضر على العمل فى جماعات،** ومن أجل ذلك لا يستطيع المواطن العادى أن يحيا حياة سعيدة، منتجة، مالم يمارس أساليب التفاعل الاجتماعى السوى،وما لم يكتسب المهارات المهيئة للتعاون مع الجماعة.

وهناك **قوى فعالة فى العلاج النفسى الجماعى** يمكن تلخيصها فيما يلى:

- **التخلص من الشعور بالاختلاف** حيث يؤدى وجود المريض بين المرضى الآخرين فى جو الجماعة العلاجية إلى الاقتناع بأنه ليس وحده هو الشاذ، وأنه ليس مختلفاً عن الآخرين، وأن المشكلات النفسية تدخل ضمن الصعوبات العامة التى تقابل الناس جميعا (٢)

- **التخفف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته** التى قد لا يبوح بها أو يناقشها فى جلسات العلاج الفردى، وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات. ويحسن هنا أن تبدأ المسألة بمناقشة عامةغير موجهة وغير شخصية، تتدرج - بعد اطمئنان المرضى إلى مشاركة رفاقهم لهم فى مشكلاتهم - إلى الحديث عن أنفسهم وتناول مشكلاتهم الشخصية بالتفصيل.

---

(١) يقول الشاعر:

وقد يواسى حزين أخاه فى الأقدار		كما يواسى غريب أخاه فى الأسفار

(٢) يقول المثل العامى: اللى يبص لبلوة غيره هانت عليه بلوته.

ويقول الشاعر: فى كل بيت محنة وبلية		ولعل بيتك إن شكرت أقلها

- **النشاط العملى والاجتماعى** الإيجابى المتنوع، الذى يستثيره التفاعل الاجتماعى الذى يشمل النشاط الجسمى والنشاط العقلى المعرفى والنشاط الانفعالى والنشاط الاجتماعى، ويحقق ذلك عن طريق أوجه النشاط المختلفة مثل التمثيل الدرامى وغير ذلك من أساليب العلاج النفسى الجماعى التى تتيح الخبرات العملية المباشرة.
- **التنفيس الانفعالى وتكوين علاقات اجتماعية جديدة**، حيث يجد المريض فى المعالج وأعضاء الجماعة سندا وجدانيا ومجالا لتفريغ شحناته الانفعالية، وحيث تهيىء له الجماعة مجالا لا تتأثر فيه نظرته إلى الناس والمجتمع، ويكتسب فيه القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جديدة مثمرة.
- **التوافق الاجتماعى**، حيث يميل كل عضو من أعضاء الجماعة ـ حرصا منه على إشباع جوعه الاجتماعى ـ إلى أن يتخفف من أنانيته وتمركزه حول ذاته، وأن ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير ويشبع حاجته إلى الانتماء وعضوية الجماعة. وهنا تكفل الجماعة العلاجية إمداد الأعضاء بالخبرات التى تفيد فى تعليمهم أو إعادة تعليمهم الوسائل المفيدة فى التوافق الاجتماعى.
ويلاحظ أيضاً أن كثيراً من المرضى الذين يعانون من الخجل والحرج فى حضور الجنس الأخر يستفيدون علاجيا حين تتاح لهم فرصة المواجهة المباشرة والاختلاط والنشاط المشترك مع أفراد الجنس الأخر الذين تضمهم الجماعات العلاجية. ويساعد هذا على اكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية التى تفيد فى التوافق فى المجالات الاجتماعية المختلفة.
- **الاستبصار الجديد**،حيث تهيىء الجماعات العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته. إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضاً، فيرى من هم أسوأ حالا فيهدأ روعه ويخفف شعوره بخطورة حالته، ويزداد عنده الأمل فى الشفاء. كذلك فإن وجوده إلى جانب من هم أحسن منه حالا يساعده على تقييم مشكلته ووضعها فى موضعها الصحيح. وتؤدى المناقشات الجماعية إلى حدوث استبصار جديد ورؤية جديدة أكثر وضوحا تهز المفاهيم الخاطئة لدى المريض هزا.
- **إعادة تنظيم الشخصية**،ولو جزئيا. ويتوقف ذلك على الأسلوب العلاجى الذى يتبع فى الإطار الجماعى للعلاج وتشكيل الجماعة العلاجية والأهداف الموضوعة لها.

حالات استخدام العلاج النفسى الجماعى وفوائده:

يستخدم العلاج النفسى الجماعى على **نطاق واسع** فى مستشفيات الأمراض العقلية وفى العيادات النفسية، وفى عيادات توجيه الأطفال، وفى بعض المؤسسات الإصلاحية. وأهم حالات استخدامه وفوائده هى:

* علاج الأطفال والمراهقين والراشدين.

* توجيه آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة، أو الآباء أو الأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال.

* علاج الأسرة بكاملها، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذين تتعلق المشكلة بهم.
* علاج الإدمان، وأمراض الكلام، ومعظم الانحرافات والجناح، والعصاب والذهان.
* علاج الاضطرابات النفسية الجسمية ومشكلات الحياة الأسرية والمهنية وتوثيق العلاقات الاجتماعية فى ميادين الإنتاج المختلفة.
* تأهيل الجنود المسرحين وإعدادهم للحياة المدنية.
* علاج المرضى الذين يتصفون بالانعزال والميل للوحدة والانطواء والخجل وسوء التوافق الاجتماعى والاكتئاب، والشعور بالنقص لأسباب جسمية أو اجتماعية أو نفسية.
* التثبت من تشخيص الأمراض النفسية واستكمال هذا التشخيص أو تصحيحه حيث يسلك المريض فى الإطار الاجتماعى على سجيته كما يسلك عادة فى حياته اليومية المعتادة.
* المساعدة فى فطام المريض نفسيا من علاقة التحويل التى تتكون بين المريض والمعالج فى جلسات العلاج النفسى الفردى. ففى الجلسات الجماعية يتشعب التحويل إلى علاقة متعددة الأبعاد بدلا من اتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فقط،وذلك يسهل التخلص التدريجى من التحويل.

أما الحالات التى يحسن فيها **عدم استخدام العلاج النفسى الجماعى** فأهمها الشخصية السيكوباتية، ومرضى الهذاء، وحالات الهوس الشديد المصاحب بالذعر، وحالات الجنسية المثلية، وحالات الضعف العقلى الشديد.

الإعداد للعلاج النفسى الجماعى:

يعتبر الإعداد للعلاج النفسى الجماعى عملية معقدة، صعبة تستغرق وقتا، ولكنها **عملية حيوية**. وإذا كان للعلاج الجماعى أن يكون مؤثراً يساعد أعضاء الجماعة، فإنه من المهم أن ننظر إلى الإعداد له باهتمام بالغ على أنه جزء فى عملية العلاج الجماعى نفسه. (ماك جى McGee، ١٩٦...).

ويشمل الإعداد للعلاج الجماعى **مراحل** تتضمن إعداد العيادة النفسية، وإعداد أعضاء الجماعة، ...داد الجماعة العلاجية، واستعداد المعالج.

ويتراوح عدد **أفراد الجماعة** العلاجية عادة بين ٣ ـ ١٥ مريضا. ويقول البعض إن العدد الأمثل ...اعة العلاجية يتراوح بين ٧ ـ١٠ أفراد، إلا أن العدد قد يزداد ليصبح٥٠ فردا فى بعض الحالات ...ية. ويرى البعض أنه يجب أن يتشابه أعضاء الجماعة العلاجية فى أعراضهم ومشكلاتهم مما ... عاملا مشتركا بينهم ويعتبر أساسا لتماسك الجماعة مبنيا على الاهتمام المتبادل والتعاطف ...ركة الوجدانية. كذلك يرى بعض المعالجين، خاصة فى حالة الاعتماد على طريقة المحاضرة ...ح والتفسير أن تكون الجماعات متجانسة من النواحى العقلية المعرفية والاجتماعية، وذلك حتى

يتمكن المعالج من التعامل مع أفراد الجماعة على مستوى يناسب الجميع. إلا أن البعض مثل سلافسون Slavson (١٩٤٧) وغيره يرون أن تتضمن الجماعة عناصر مختلفة من الأفراد، من حيث الجنس والمستوى الاجتماعى والاقتصادى والأعراض، البعض يتسم سلوكه بالعدوان، والبعض بالإيجابية والنشاط، والبعض بالانسحاب، والبعض عاديون، والبعض يتسم سلوكه بنمط انفعالى خاص مرغوب فيه، وهكذا حتى يتحقق التوازن فى التفاعل الاجتماعى فى الجماعة. وفى الواقع فإن هدف العلاج هو الذى يحدد حجم الجماعة ونوع تشكيلها المتجانس وغير المتجانس. وقبل **الجلسات الجماعية**، والتى تكون عادة أطول من الجلسات الفردية فتمتد إلى حوالى ساعة ونصف فى المتوسط، يجب أن يقوم المعالج بإجراء **مقابلة شخصية** مع كل مريض على حدة تخصص لعملية الفحص والتشخيص.

ويجب أن يراعى المعالج فى **اختيار أعضاء الجماعة** أن يكون كل منهم مستعدا ومهيأ للانخراط فى الجماعة، وألا يكون هناك اعتبارات تجعل وجوده فى الجماعة مثيرا للقلق والضيق والإزعاج له وللآخرين، وألا تكون الحالة المرضية مما لا يفيد فيها العلاج الجماعى مثل حالات الشخصية السيكوباتية وحالات الجنسية المثلية وغيرها. وقد استخدم يعقوب مورينو Moreno مقياس العلاقات الاجتماعية (الاختبار السوسيومترى) فى تنظيم الجماعة بما يحقق سلامة بنائها، ودراسة تأثير كل فرد فى عملية التفاعل الاجتماعى وحركة الأعضاء أثناء هذا التفاعل... إلخ. ويؤكد مورينو أن العلاج الجماعى يجب أن يستند إلى قياس العلاقات الاجتماعية فى بناء الجماعة العلاجية، حتى يمكن للمعالج أن يستوضح مدى التماسك أو مدى الانقسام فى الجماعة. وعن طريق مقياس العلاقات الاجتماعية يمكن، كما هو معروف، التعرف على «النجوم» الذين عن طريقهم يمكن التأثير على الآخرين وقيادتهم. وكذلك يمكن الاستدلال على «المعزولين» الذين يبذل معهم جهد خاص إما لتحسين وضعهم داخل الجماعة، أو لتحويلهم إلى جماعة أخرى يكونون فيها أكثر توافقا... وهكذا. (حامد زهران، ١٩٨٤).

هذا ويحتاج معظم المرضى إلى **إعداد خاص قبل الانضمام إلى الجماعة** العلاجية. ويلخص وولف Wolf (١٩٦٧) أهم ما يحتاج المعالج إلى التأكد منه بالنسبة لكل مريض فيما يلى:

* إعداد المريض بما يكفل تحمله لضغط الجماعة العلاجية.
* إعداده للثقة فى رفاقه أعضاء الجماعة.
* تهيئته لكى يصبح واحداً من أعضاء الجماعة فعلاً.
* ضمان عدم لجوئه إلى المقاومة بشكل يعوق الإفادة من العلاج الجماعى.
* إفهامه أن ينضم إلى الجماعة العلاجية مختارا، وأنه يستطيع أن يتركها أيضاً متى شاء، وأنه أيضاً يستطيع أن يطلب من المعالج أن يتحول علاجه إلى جلسات فردية فى أى وقت يشاء.

* إفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعى فى الجماعة العلاجية، كما أنه سوف يفيد رفاقه أعضاء الجماعة علاجيا فى نفس الوقت.

دور المعالج:

يسهم إلى جانب المعالج النفسى فى عملية العلاج الجماعى بقية أعضاء فريق العلاج مثل الأخصائى النفسى والطبيب والأخصائى الاجتماعى وعالم الدين وأخصائى العلاج بالعمل وأخصائى التأهيل والممرضة... إلخ. ويحتاج كل من هؤلاء إلى تدريب خاص فى العلاج الجماعى.

ودور المعالج فى العلاج الجماعى هو دور أحد أعضاء الجماعة، أكثر منه دور قائد لها، هو دور الملاحظ، يتركز دوره حول الإثارة، والضبط والتركيب، والتفسير والشرح، والتعليق... إلخ (وذلك يعتمد على خلفيته النظرية)، وهويترك التفاعل الاجتماعى الحر يتم بين المرضى بعضهم وبعض، وهو لا يحتكر المناقشة بل يشجعها، ويقوم بحث كل عضو فى الجماعة على التعليق على مشكلات الآخرين وتأويلها... وهكذا.

وإذا كان على المعالج أن يبتعد عن اتخاذ دور القيادة، فإن عليه ان **يتحمل مسئولية العملية العلاجية** نفسها.

وأهم ما يجب أن يهتم به المعالج هو **تهيئة المناخ العلاجى** الذى يسود فيه الحب والتقبل والتسامح والفهم والحرية وغير ذلك من ضرورات المناخ العلاجى السليم. ومما يجب ملاحظته أيضاً أن المعالج يجب ألا يستخدم المصطلحات العلمية والفنية، وألا يكون لديه اتجاهات جامدة أوتسلطية، وأن يكون متفائلا وواقعيا فى نفس الوقت.

آثار العلاج النفسى الجماعى:

أجريت عدة بحوث لدراسة آثار العلاج النفسى الجماعى، ومن أمثلتها دراسة بيمان Peyman (١٩٥٦) حيث قورن أثرالعلاج بالصدمات الكهربائية المصاحبة بالعلاج النفسى الجماعى، بأثر العلاج بالصدمات الكهربائية فقط، فى جماعتين من مريضات الفصام، ووجد أن نتائج العلاج فى الجماعة الأولى كانت أفضل بكثير من نتائجه فى الجماعة الثانية. وقد قدم بيرنشتاين وآخرون Bernstein et al. (١٩٦٩) دليلا نظريا وكلينيكيا على أن للعلاج الجماعى آثارا علاجية على المعالج نفسه تحدث فى الموقف العلاجى الجماعى. فالموقف العلاجى الجماعى ينظر إليه على أنه أغنى من الموقف العلاجى الفردى، حيث توجد فيه علاقات متعددة، ويعتقد هؤلاء الباحثون أن المعالج أثناء عمله مع الجماعة يستفيد من الفرص التى يتيحها الموقف العلاجى الجماعى.

وأوضحت دراسة أحمد خيرى حافظ ومجدى حسن محمود (١٩٨٩)، (١٩٩٠) أن العلاج النفسى الجماعى يؤثر بفعالية فى تخفيض القلق وإنقاص السلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وتأكيد الذات وزيادة قوة الأنا لدى العصابيين.

أساليب العلاج النفسى الجماعى:

تتنوع أساليب العلاج النفسى الجماعى **حسب المعايير التالية:**

* **أعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على مدى تشابه أو اختلاف أعضاء الجماعة العلاجية فى مشكلاتهم النفسية والجنس والسن والمستوى الاجتماعى والاقتصادى.
* **طريقة تشكيل الجماعة العلاجية:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على تشكيل الجماعة بطريقة عشوائية، أو اتباع القواعد والأصول السوسيومترية.
* **مدى التركيز على شخص المعالج النفسى:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على التركيز على الجماعة نفسها والنظر إليها ككل متفاعل وإلى كل عضو فيها على أنه مؤثر فى علاج الآخرين، أو التركيز على العلاقة العلاجية بين المعالج وبين كل مريض على حدة، وعدم استغلال دينامية الجماعة فى العلاج.
* **مدى الاهتمام بالموقف الأصلى والأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على اشتراك الأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض فى عملية العلاج، أو التركيز على علاج كل مريض فى الجماعة كوحدة مستقلة بغض النظر عن ارتباطاته خارج الجماعة.
* **شكل التأثير السائد فى الجماعة:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على التأثير الحر التلقائى النشط، أو التأثير فى شكل تلقين ويقوم على إعداد سابق.
* **نوع النظرية التى يتبعها المعالج النفسى:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على الاعتماد على صفات الجماعة ودينامياتها والقوى الفعالة فيها، أو الالتزام بأصول العلاج الفردى أكثر من الاهتمام بما للجماعة من خصائص علاجية مميزة.
* **المكان الذى يمارس فيه العلاج:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على ممارسته فى جهة التأثير الرئيسية على المريض مثل الأسرة أو مكان العمل، أو فى مؤسسة علاجية خاصة، مثل مستشفى أو عيادة نفسية أو مركز إرشاد نفسى أو ناد علاجى.

وفيما يلى **أهم أساليب العلاج** النفسى الجماعى:

السيكودراما أو العلاج النفسى المسرحى: Psychodrama

تعتبر السيكودراما أو العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى أهم وأشهر أساليب العلاج النفسى الجماعى القائمة على نشاط المرضى. ويطلق عليها أحيانا اسم التمثيلية النفسية، أو **تمثيلية المشكلات النفسية، أو العلاج بالمسرحيات النفسية.** وهى عبارة عن تصوير مسرحى وتعبير لفظى حر، وتنفيس انفعالى تلقائى، واستبصار ذاتى فى موقف جماعى.

قد ابتدع هـذا الأسلوب العلاجي يعقوب مورينو Moreno في فيينا سنة ١٩٢١، وأنشأ أول حى علاجي لتقديم السيكودراما سنة ١٩٢٧ بالولايات المتحدة الأمريكية. ويرى مورينو ١٩، ١٩٦٦) أن **السمة الأساسية لهذا العلاج** هى حرية الفعل للممثلين، والتدريب على ئية، وهذا يقابل التداعى الحر الطليق فى التحليل النفسى. وهكذا نجد أن عدداً من المعالجين من قد جمعوا بين التحليل النفسى والسيكودراما. وفى هذا الأسلوب من العلاج الجماعى يشجع ج المرضى على التمثيل وإظهار مشاعرهم ذات المغزى الإنفعالى أمام المشاهدين، ويترك ض العنان فى موقف مسرحى فعلى، حيث يعبر بحرية وتحرر عن الاتجاهات العميقة والدوافع والصراعات والإحباطات... إلخ.

يهدف العلاج بالتمثيل النفسى إلى إتاحة الفرصة للتصريف والتنفيس الإنفعالى، وإلى تحقيق ائية، وإدراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المريض، وإدراك الواقع وتحقيق التوافق والتفاعل ماعى السليم، والتعلم من الخبرة.

ن **موضوع المسرحية** أو القصة فإنه يتضمن بعض المواقف مثل:

اقف التى عاشها المريض فى الماضى (مثل علاقته بوالديه فى مرحلة سابقة من مراحل نموه).

اقف التى يعيشها فى الحاضر (مثل المشكلات المالية للمريض).

اقف التى يحتمل أن يعيشها فى المستقبل (مثل كيف يتعامل مع الناس فى المجتمع بعد أن يتم اء).

قف التى يخافها المريض ويتهيبها ويوشك أن يواجهها فى المستقبل القريب (مثل كيف يتعامل ناس بخصوص الوصمة التى تلتصق بالمرضى النفسيين عندما يتقدمون للحصول على عمل لشفاء).

ف العامة التى تتصل بمشكلاته وأعراضه (مثل مشكلات العمل أو الزواج والأطفال).

ـ هدفها الرئيسى التنفيس الانفعالى (مثل ما يود المريض أن يقوله لرئيسه أو لزوجته).

ـ تهدف إلى حل الصراعات وتحقيق التوافق النفسى بدرجة أفضل (مثل مايقوله فرد يعانى ماية الزائدة لوالديه).

ـ متخيلة غير واقعية (مثل قيام المريض بدور السلطة، كالرئيس أو المدير... إلخ).

ـ محددة تهدف إلى تشجيع روح الجماعة، وفهم المرضى لأنفسهم على نحو أفضل.

عات متنوعة مثل: الاتجاهات السالبة، والمعتقدات الخاطئة، والتفكير الخرافى، والأعراض مثل الأوهام، أو الهلوسات أو الأحلام.

ومن أمثلة **الأدوار** التى قد يقوم بها المريض ما يلى:

- دور المريض النفسى فى الحياة كما يؤديه بالفعل.
- دور المريض النفسى فى الحياة كما يراه هو.
- دور المريض النفسى فى الحياة كما يعتقد أن الناس يرونه.
- دور المريض النفسى فى الحياة كما يجب أن يؤديه.
- دور شخص آخر يهم المريض مباشرة مثل دور والده أو مدرسه أو رئيسه أو زوجته.
- دور شخص آخر لا يهمه مثل دور البواب أو الممرضة.
- دور معاكس، مثل القيام بدور شخص مسالم إذا كان سلوكه يتسم بالعدوان والتسلط، أو القيام بدور شخص منبسط مرح اجتماعى إذا كانت شخصيته تتسم بالانطواء والعزلة الاجتماعية، أو قيام المرؤوس بدور رئيسه، أو قيام الابن بدور أبيه، أو قيام البنت بدور أمها، أو قيام الزوج بدور زوجته أو العكس.

أما عن **تأليف** أو كتابة موضوع المسرحية أو قصتها، فقد يقوم به المرضى أنفسهم أو قد يعده المعالج، أو قد يترك الأمر لتلقائية المرضى والمشتركين فى التمثيل حسبما يقتضيه الموقف.

وأما عن **إخراج المسرحية** فقد يقوم مريض أيضاً بالإخراج، وقد يستعين بغيره من المرضى. وقد يقوم المعالج نفسه بالإخراج. وإذا حدث هذا، فإنه يتحتم عليه الإحاطة التامة بتفاصيل الموقف بما يمكنه من تخطيط وتحديد كافة الأدوار التى يوزعها على المشتركين فى التمثيل، وبما يكفل إظهار أنماط السلوك اللاتوافقى حتى يمكن ضبطه وتقويمه.

أما عن **الممثلين** فأولهم **البطل الرئيسى** وهو أحد المرضى. ويجب أن يكون المعالج فطنا فى إسناد الدور الرئيسى إلى المريض، فعليه أن يتفادى فشل المريض، واحتمال انهياره على المسرح إذا ما دفع به مرة واحدة إلى تمثيل موقف عنيف مربك. لذلك يجب أن يتدرج المريض فى القيام بالأدوار اللينة التى لا يخشى من تأثيرها الانفعالى عليه. وحتى إذا ما قام بها بنجاح تشجع وتدرج فى القيام بأدوار يمثل فيها مواقف أكثر عنفا. وأهم ما يتطلب من المريض هو ألا يمثل، ولكن المطلوب منه هو أن يسلك بحرية وتحرر وأن يعبر عن أفكاره الخاصة الحقيقية بتلقائية وحرية كاملة وأن يبتكر المواقف ابتكاراً على المسرح نفسه، وأن يندمج فى الدور اندماجا تاماً (عفاف عويس، ١٩٨٠). ومن أهم ما يجب مراعاته أيضاً أن يتوافر لدى المريض الدافع القوى للقيام بالدور المطلوب مثل الحاجة للتخلص من القلق أو الإحباط أو حل الصراع فى موقف يشبه مواقف الحياة الواقعية، أو حريته فى تحقيق الذات. ويلاحظ أن بعض المرضى قد يقاومون الإشتراك فى التمثيلية بسبب المخاوف الخاصة، أو بسبب الصراعات الاجتماعية وغير ذلك. وهذه المقاومة يجب التغلب عليها بشتى الطرق.

ويشترك مع المريض (البطل الرئيسى) زملاؤه من المرضى. ويقوم هؤلاء بدور الأعضاء الغائبين الذين يلعبون أدوارا هامة فى حياة المريض مثل الإخوة أو الأخوات أو الزوجة أو الرئيس...

إلخ. وهكذا قد يسند بعض الأدوار المساعدة إلى الأشخاص الذين اشتركوا فيها اشتراكا فعليا إذا أمكن ذلك. وقد يشترك المعالج نفسه فى التمثيل، ويجب أن يكون ذلك بغرض التوجيه والتفسير. كذلك يشترك المرضون والممرضات وأعضاء آخرون من هيئة العلاج فى التمثيل.

أما **المتفرجون** فيكونون غالبا المرضى وأفراد هيئة العلاج وبعض الزوار أحيانا.

وبعد التمثيل، يأخذ الممثلون والمتفرجون فى مناقشة ما حدث، والتعليق عليه، ونقده، واستعراض ما يمكن استنتاجه من موقف بطل الرواية وخبراته ومشكلاته، وما يظهر من اتجاهاته وتجاربه فى هذا الموقف.

ويفسر المعالج ديناميات التمثيلية تفسيراً صحيحا ويستفيد منها من حيث أنها: تظهر الصراع الداخلى وتأتى به إلى مستوى الشعور، وتنفس القلق والمواد التى تؤرق المريض، وتزيد بصيرة المريض بحالته مما يجعل سلوكه فى الحياة العملية يتعدل حسب الحاجات.

وقد أجريت **الدراسات التجريبية** حول طريقة العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى، ومن أمثلة ذلك التجربة التى قام بها صموئيل مغاريوس (١٩٥٦) فى تربية وعلاج ضعاف العقول فى معهد التربية الفكرية بالاسكندرية، ممن تتراوح أعمارهم بين ١٠ ـ ١٣ سنة ونسبة ذكائهم بين ٥٠ ـ ٧٠ وكان الهدف من هذه التجربة هو استخدام التمثيل النفسى المسرحى للوصول إلى استجابات واعية من جانب الأطفال لبعض المواقف الاجتماعية. ولتحقيق ذلك لجأ إلى استخدام التمثيل فى بعض مواقف الحياة اليومية وموضوعات البيئة الخارجية لإدراكها إدراكها وافيًا واعيًا . واستخدم التمثيل فى تبصير الأطفال بالأدوار التى يقوم بها الموظفون العموميون وأصحاب المهن والحرف المختلفة فى المجتمع (مثل رجل الإسعاف ، والنجار ، وساعى البريد)، واستخدم التمثيل أيضًا فى تنمية الإدراك والإبداع عند هؤلاء الأطفال . كذلك هدفت التجربة إلى تصوير وعلاج بعض المواقف التى تصطبغ بشحنات انفعالية مؤثرة فى حياة ضعاف العقول . (صموئيل مغاريوس ، ١٩٦٠) .

وقد طور العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى . ومن أمثلة ذلك :

* يقوم بعض المعالجين بتسجيل ما يدور فى التمثيلية على شريط فيديو حتى يتاح للمعالج فرصة الاستزادة فى معرفة المريض وتحديد خطوات العلاج التالية ، وحتى يتأمل المرضى أنماط سلوكهم المطلوب تعديلها ، وحتى يدرك كل مريض بنفسه ماحدث من تحسن وتقدم فى حالته.
* يعكف المعالجون النفسيون على تجريب استخدام كل ما من شأنه تسهيل التحكم فى سلوك المرضى أثناءالتمثيل بهدف الوصول إلى أحسن فائدة علاجية للمرضى . ومثل ذلك استخدام التنويم الإيحائى ، واستخدام العقاقير مثل بينتوثال صوديوم Pentothal Sodium والكحول والإنسولين .
* استخدم بعض المعالجين أشكالا مساعدة من الأداء فى العلاج مثل ما أسموه بالرقص النفسى Psychodance . (فاين وآخرون .Fine et al، ١٩٦٢) .

* ومن التطبيقات الهامة للعلاج بالتمثيليات النفسية الصورة المعروفة باسم **«السوسيودراما»** Sociodrama ، وهى التمثيلية التى تعالج مشكلة عامة لعدد من الأفراد ، أو المشكلات الاجتماعية بصفة عامة ، أو عرض بعض الأدوار الاجتماعية الهامة كدور الزوج والزوجة بهدف اكتساب معارف أو التعرف على توقعات الدور وإيضاح الدور الجديد ... إلخ . (هيد Head ، ١٩٦٢).

وهكذا يمكن أن نلخص **أهم فوائد العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى** فيما يلى :

* كتابة التمثيلية وإخراجها قد تكشف للمريض عن بعض النواحى الهامة فى مشكلته والتى فاته أن يلاحظها ، وقد تكون نواحى لازمة لحل هذه المشكلة .

* قد يكشف المريض أثناء التمثيل عن جوانب من شخصيته ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره ، ويمكن أن تتخذ موضع فحص وتحليل مما يساعد فى العلاج .

* تقمص المريض شخصيات مختلفة تتصل بمشكلته وتمثيل أدوارهم وتجسيد مشاعرهم وانفعالاتهم يؤدى إلى تنفيس انفعالى ويعين المريض على تحديد مشكلته والشعور بمشاعر غيره وعواطفهم نحوه . أى أنه يعينه على الاستبصار فى نفسه .

* شعور المريض بفهم الآخرين له، ومشاركتهم متاعبه ، وشعوره بأن الجماعة تشترك معه كلها فى موقف علاجى يستهدف معونته ، يعتبر من أهم العوامل التى تؤدى إلى نجاح العلاج .

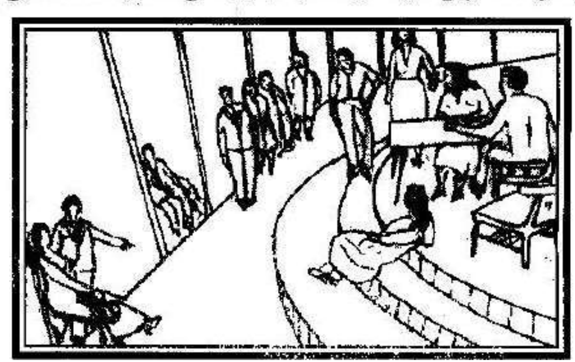
* تدريب المرضى على مواجهة مواقف واقعية يخافون مواجهتها .

* يعتبر العلاج الأمثل للمرضى الذين يصعب الاتصال اللفظى معهم إلى حد كبير .

* يعتبر ذا فائدة مزدوجة ، فله أهمية تشخيصية وأخرى علاجية ، نتيجة لتعبئة المريض لكل قواه أثناء التمثيل .

* يفيد فى تنمية الثقة فى النفس والقدرة على التعبير عن النفس ، وفى تنمية الإبداع والقدرة على الابتكار .

* يحرر المريض من التوتر النفسى ، والقلق ، وينمى البصيرة فى تقييم وفهم الذات وفهم مشاعر وسلوك الآخرين ، ويحقق الكفاية والمرونة فى السلوك الاجتماعى . (انظر شكل ١٠٧) .



شكل (١٠٧)
التمثيل النفسى المسرحى

المحاضرات العلاجية والمناقشات الجماعية :

يطلق على هذا الأسلوب أحيانًا اسم **العلاج النفسى الجماعى التعليمى** Didactic Group Psychotherapy ، حيث أنه يسوده المناخ العلمى ، ويلعب فيه عنصر التعليم وإعادة التعليم والإيحاء دورًا هامًا .

وشيخ هذا الأسلوب هو كلابمان Klapman (١٩٤٦ ، ١٩٤٧) .

وقد أجريت عدة دراسات تجريبية فى إطار علم النفس الاجتماعى حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية والقرارات الجماعية على تعديل الاتجاهات . ومن أمثلتها تجارب كيرت ليفين Lewin (١٩٤٧) وتجارب كوش وفرنش Coch & French (١٩٤٨) . وخلاصة هذه الدراسات، فيما يتعلق بموضوعنا ، هى أن المناقشة والقرار الجماعى يؤديان إلى تعديل الاتجاهات بدرجة أفضل، حيث أن المناقشة الجماعية بين أعضاء الجماعة يتمخض عنها قرار جماعى أكثر صدقًا واتزانًا من تقدير ورأى فرد واحد ، وهى تؤثر فى دقة وكفاية الحكم على إدراك أعضاء الجماعة ، وهى أيضًا تؤثر على دقة أحكامهم فى تقدير أحكام الآخرين. (حامد زهران ، ١٩٨٤) . وقد درست صفاء الأعسر (١٩٧٠) دور المناقشة الجماعية - كشكل من أشكال العلاج الجماعى - فى تخفيض مستوى القلق، وأكدت أن الفرد فى الموقف العلاجى الجماعى ينشط انفعاليًا وعقليًا واجتماعيًا ، وفى موقف المناقشة الجماعية ينشط التفريغ أو التعبير عن المشكلات وبالتالى نمو الشعور بالانتماء وإدراك كل فرد للتشابه بينه وبين الآخرين .

ومن حيث كيفية **إدارة الجلسات العلاجية** نلاحظ ما يلى :

* يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصى على مرضاهم ، ويجعلون من محاضراتهم وتوجيهاتهم مركز الثقل فى أسلوب العلاج.
* يعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم فى إلقاء أغلب الأحاديث ، وتبادل الآراء والمناقشات ، مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج .
* يفضل بعض المعالجين دعوة المرضى الذين تم شفاؤهم إلى إلقاء أحاديث على المرضى الحاليين ، يقصون فيها خبراتهم أثناء المرض وخلال تقدمهم نحو الشفاء .
* يستخدم بعض المعالجين « المجادلات debates» .

ومن حيث **مادة المحاضرات والمناقشات** نلاحظ أنها تدور حول الموضوعات التالية :

* الصحة النفسية والمرض النفسى .
* التوافق النفسى .
* أسباب الأمراض النفسية .
* أعراض الأمراض النفسية .

* العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل.
* تأثير حالة الفرد الانفعالية على أعراضه الجسمية.
* عمل الجهاز العصبي وبعض مبادىء التشريح ووظائف الأعضاء.
* مغزى الأحلام.
* العلاج النفسي والدين.
* عرض ومناقشة « حالة افتراضية » يطرحها المعالج ويراعى في تركيبها أن تجمع عناصرها بين الصفات الغالبة لأفراد الجماعية العلاجية.
* عرض ومناقشة حالة أحد الأعضاء دون ذكر اسمه.
* عرض ومناقشة رأي متطرف لأحد أعضاء الجماعة.
* عرض ومناقشة الأفكار الخاطئة والخرافية التي قد تلاحظ عند واحد أو أكثر من أعضاء الجماعة .
* مناقشة وشرح وتفسير مشكلات التوافق وسلوك أفراد الجماعة.
* استخدام الأفلام السينمائية وشرائط الفيديو أو الكتيبات وغير ذلك مما يفيد في عملية العلاج.

وقد استخدم مكسويل جونز Jones أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية في علاج مرضى من الجنود في الحرب العالمية الثانية ممن توهموا أنهم مرضى بالقلب. وكان تركيزه في المحاضرات على شرح عمل الجهاز العصبي وشرح بعض مبادىء التشريح ووظائف الأعضاء. وبعد ١٢ ساعة من المحاضرات والمناقشات، لوحظ حدوث تغير أساسي ملحوظ في اتجاه الجماعة نحو الأعراض. وجدير بالذكر أن جونز أضاف إلى أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية، العلاج بالعمل والترفيه والسمر والنشاط الفني وغير ذلك من أوجه النشاط التلقائي الحر وكذلك التمثيل الدرامي لانفعالات المرضى. واستخدم كلابمان Klapman (١٩٤٦) أسلوب المحاضرات مع مرضى العصاب ومرضى الذهان، وتناول فيها المشكلات الانفعالية والصحة النفسية مع التركيز على أساليب التوافق النفسي الصحية، وقد أعد لذلك كتابًا خاصًا يقرأ كل مريض منه فقرة ويلخصها ويعلق عليها. وكان يسمح للمريض بإلقاء أي أسئلة في أي وقت، ويتلو ذلك مناقشة حرة. واستخدم جرين Green أسلوب المناقشة بنجاح في علاج اللجلجة، على أساس أن اللجلجة نوع من « العصاب الجماعي »، وأنها عبارة عن مظهر عضوي لاضطراب في شخصية المريض وعلاقاته الاجتماعية. ولذلك يهتم المعالج عن طريق العلاج الجماعي بالتأثير على شخصية المريض التي تتسم بنقص الشعور بالأمن، والشعور بالقلق، وسرعة التأثير، والتمركز الشديد حول الذات، وعدم النضج الانفعالي، والخوف والتهيب من مواقف الكلام. واستخدم صموئيل مفاريوس (١٩٦٠) أسلوب المحاضرات الجماعية في علاج اللجلجة، وكانت المناقشات تدور في أول الأمر حول بعض

المشكلات الاجتماعية العامة، ثم تتدرج خلال جلسات العلاج إلى مناقشة المشكلات الخاصة لأفراد الجماعة. وأدى هذا العلاج إلى تحسن ملموس في أغلب الحالات. ويقول وولف Wolf (١٩٦٧) إن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية يجب أن يستخدم مع الجماعات المتجانسة، بمعنى أن يكون أعضاؤها يعانون من مشكلات متشابهة، ومن أمثلة ذلك: المرضى الذين يعانون اضطرابات عقلية وانفعالية مثل الفصاميين، والكحوليين، والمدمنين، والذين يعانون من اضطرابات الكلام، والمرضى الذين يعانون من مشكلات اجتماعية مثل الطلاق، والعقم، والشيخوخة، والمساجين، والمرضى الذين يحتاجون إلى إجراءات وقائية مثل أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عضوية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية.

النادي العلاجي:

ينشىء بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تتيح فرصة **العلاج الجماعي القائم على نشاط المرضى العملي والترويحي والترفيهي والاجتماعي** بصفة عامة.

ويهيأ كذلك **المناخ النفسي** المناسب الديموقراطي السمح المشبع بالحب والتقبل.

وكثيرًا ما **تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي** مثل الكرة الطائرة أو السباحة **أو نشاط فني** مثل الموسيقى والغناء أو الرقص أو التمثيل. ويلاحظ أن ألوان النشاط المتعدد يمكن أن يختار منها ما يلائم حالة المريض أو جماعة المرضى ككل. ومثال ذلك اللجوء إلى نشاط رياضي مثل الملاكمة في حالة الرغبة في تفريغ النزعات العدوانية.

ويحدد سلافسون Slavson (١٩٤٣، ١٩٤٧) **ملامح العملية العلاجية** هنا في أن نشاط المرضى يحل محل الكلام. فمع الأطفال الذين يتسمون بالعدوان والانسحاب والحرمان الانفعالي والسمات العصابية مثلا، تعد لهم - في ناديهم - حجرة للعب مجهزة بكل الأدوات اللازمة مثل اللعب الخشبية والكهربائية وأدوات الرسم والألوان والورق ... إلخ. ويبدأ المعالج نفسه بتناول هذه المواد، ويتجمع حوله الأطفال يساعدونه، ثم يبدأون هم في تناول هذه المواد وحدهم بعد ذلك وكلما قدم قادم جديد تعرف بأعضاء الجماعة، واشترك معهم في نشاطهم. وفي نهاية الجلسة يجتمع الجميع حول مائدة الغذاء يتناولون الطعام والشراب معا، ويتناقشون فيما يعن لهم من موضوعات، ويزداد التعاون والتفاعل بين أعضاء الجماعة.

وعلى العموم يلاحظ أن **المعالج** يكون أحيانًا محايدًا، ويكون ما يريده الأطفال أن يكون. وبالتدريج يشيع جو الأمن النفسي في الجماعة. ويتناول المعالج ما يظهر خلال هذا النشاط من سلوك الأطفال المنحرف بالتعديل والتصحيح. ويستكشف المعالج أيضًا من خلال الأطفال وتفاعلهم في إطار الجماعة نواحي التفسير الموجب ويشجعه.

وهكذا تقل مقاومة الأطفال، ويحدث التنفيس الانفعالي، عن طريق النشاط، ويعبرون عن مشاعرهم خلال اللعب. كذلك تنمو الاهتمامات، ويتضح التوافق الاجتماعي.

وفي النهاية يلاحظ زيادة ثقة الأطفال في أنفسهم عندما يجدون أنهم يستطيعون البناء والابتكار، وتختفي لديهم بالتدريج نزعات السلوك التخريبي الهدام، ويزول التشاحن ليحل محله التعاون، ويختفي التوتر والمخاوف، وتنمو الصداقات الاجتماعية داخل وخارج الجماعة، ويتضاءل الخجل والانسحاب.

ويلاحظ أن المرضى **الذين ينجح معهم هذا الأسلوب العلاجي** هم أولئك الذين يحتاجون إلى تكوين علاقات شخصية بناءة مع رفاقهم أكثر من تكوين علاقات مع معالج كبير، ومع الذين يحتاجون إلى خبرات جماعية بناءة، ومع الذين يعانون من الرفض في أسرتهم، وفي المدرسة، أو المجتمع بصفة عامة .

علاج الأسرة: Family Therapy [١]

سبق أن ذكرنا أن العلاج النفسي الجماعي يستخدم مع آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة، أو في **علاج الأسرة بكاملها** كوحدة، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذين يتعلق بهم المريض «مثل الأم والابن، أو الأخ أو الأخت». وقد يمتد العلاج ليشمل الجد والجدة وبعض الأقارب. ويستخدم كذلك في توجيه الآباء والأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأولاد. ويستخدم علاج الأسرة أيضًا في إرشاد الأزواج، حيث ينصح غالبًا بالتعامل مع الزوجين معًا. ويعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أهمية الأسرة كوحدة بالنسبة لنمو الشخصية والتوافق النفسي لدى الفرد، وكذلك يقوم على أساس أن الأسرة المضطربة تعتبر تربة خصبة لنمو الاضطرابات النفسية لدى عضو أو أكثر من أعضائها، وأن الطفل المضطرب ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة. (جيمس كولمان Coleman، ١٩٧٢). كذلك فإنه في كثير من الحالات العصابية أو الذهانية تكون الأسرة مسئولة بصورة أو بأخرى. (كيرت بوينهايم Boenheim، ١٩٧٠).

هذا، ومن أوائل العلماء الذين وضعوا أساس علاج الأسرة أكيرمان Ackerman ودون جاكسون Jackson.

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في علاج الأسرة ما يلي :

- Family Process : The Journal of Family Therapists .
- Family Therapy .
- International Journal of Family Counseling .
- Journal of Marriage and Family Counseling .

ويهدف علاج الأسرة إلى ما يلى:

* تحقيق فهم أفضل عند كل عضو فيها لبقية أعضاء الأسرة.
* فهم أفضل الوسائل للتعامل مع أعضاءالأسرة.
* حل المشكلات المشتركة بينهم.
* التخلص من التوتر الانفعالى فى الأسرة.
* حل الصراعات المرضية والقلق الذى يعكر صفو الحياة الأسرية.
* تحقيق التقارب والتوافق بين أفراد الجنسين، وبين الأجيال المختلفة كما بين الأجداد والحفدة مثلا.
* تحصين الأسرة ضد احتمالات الاضطرابات النفسية.
* تحقيق الصحة النفسية فى الأسرة كجماعة وبالنسبة لأفرادها.

ويلجأ المعالج النفسى إلى علاج الأسرة عندما يلاحظ أن أكثر من عضو من أعضائها يعانى من اضطراب نفسى، وعندما يشعر أعضاء الأسرة أن هناك ما يدعو فعلا إلى اللجوء إلى العلاج النفسى. وعادة ما تدفع الأسرة بأحدأعضائها على أنه هو الفرد المريض، ولكن فى معظم الحالات سرعان ما يتكشف للمعالج أن الأسرة التى دفعت بمثل هذا الشخص يعانى أعضاؤها جميعًا من اضطرابات مختلفة متفاوتة فى درجتها.

ويتم علاج الأسرة إما **فى العيادة أو فى المنزل**. وتكون الجلسات عادة مرة كل أسبوع ولمدة ساعة فى المتوسط.

وتأتى **الأسرة** عادة إلى جلسة العلاج فى حالة من التوتر الانفعالى الذى يلحظه المعالج بسرعة، فقد يجد المعالج نفسه أمام عضو يقوم بدور المعاقب المتجنى، وآخر هو الضحية وكبش الفداء، وثالث قد يمثل رجل السلام فى حرب الأسرة. ويلاحظ أن بعض الأسر تقف أثناء الجلسات العلاجية وراء واجهة مصطنعة، وبعضها تبدو سافرة الاضطراب، وبعضها يكون على حافة الانهيار وعلى وشك الانفجار.

ويقوم **المعالج** فى الموقف الجماعى بدراسة تاريخ الأسرة سعيًا نحو التشخيص الصحيح للاضطراب. وأحيانا يجد المعالج نفسه أمام سلسلة من الدفاع والهجوم واللوم والإنكار والتبرير ... إلخ. وإذا أفلح المعالج فى بلورة هذه الجوانب ووضعها فى إطارها الصحيح، فإنه بذلك يسير متعاونًا مع الأسرة نحو الوصول إلى الحلول الصحيحة للمشكلات. ويركز المعالج على ملاحظة العلاقات الأسرية مثل دخولهم إلى حجرة الاجتماع، من يجلس بجوار من، من ينظربعيدا عن من، من يتكلم ومن يسمع، من يبتسم ومن يظل متجهما. وعلى المعالج أن يلاحظ بصفة خاصة أن هناك أسرارًا وموضوعات خاصة يجب ألا تثار فى حضور كل أعضاء الأسرة مجتمعين. ومن ذلك المشكلات الجنسية مثلا. وقد يلجأ المعالج إلى أسلوب المواجهة بين أعضاء الأسرة، فيتناول وسائل الدفاع السائدة موضحًا أيها غير مجدية أو غير مناسبة أو ضارة، ويشجع وسائل الاتصال الأكثر

مباشرة وفعالية بين أعضاء الأسرة، ويعمل على إشاعة جو من السعادة والفهم والتقبل، مما يخفف حدة التوتر ويزيد التعامل، ويقلل المقاومة، ويحقق التوافق الأسرى.

وأثناء **الجلسات العلاجية** يلاحظ المعالج أن ما قد يخفيه أحد الوالدين قد يكشفه الآخر، وما قد يخفيه الوالدان قد يفصح عنه أحد الأطفال. وعندما يصف أحد الأعضاء خبراته مع الأعضاء الآخرين بطريقة خاطئة أو مبالغ فيها فإن الآخرين يصححون ذلك.

وهكذا نجد أن علاج الأسرة هو بالضرورة **عملية تعليمية**، يحاول فيها المعالج أن يحول محور المناقشات من الاختلافات حول من المصيب ومن المخطىء، ومن المريض ومن السليم، إلى موضوعات أعم وأشمل بالنسبة للأسرة ككل، وبالنسبة لأعضائها كأفراد.

هذا وهناك **حالات لا نتصح فيها باللجوء إلى علاج الأسرة**. ومن هذه الحالات وصول الأسرة إلى درجة من الاضطراب الذى يهدد بانهيارها، ومنها أيضًا اشتمالها على حالات مرضى الهذاء، أو السيكوباتية، أو الإجرام، وحالات الخيانات الزوجية.

التحليل النفسى الجماعى: Psychoanalysis in Groups

فى هذا الأسلوب تطبق **مبادىء التحليل النفسى الفردى**، كما سبق أن أوضحناها تفصيلا، **مع بعض التعديلات** الضرورية فى إدارة دفة الجلسات الجماعية (سلافسون **Slavson**، ١٩٥٠).

وعلى سبيل المثال قد يلقى المعالج بتعليمات إلى المرضى فى بدء الاجتماعات بأن تجرى مناقشاتهم وأحاديثهم فى موضوعات المناقشة على طريقة **التداعى الحر**، وقد يتيح فرصة **تحليل الأحلام** ... إلخ.

ويؤمن أصحاب هذا الأسلوب بأهمية **علاقة التحويل** التى تربط شخص المعالج بكل مريض فى الجماعة، والتى تربط شخص المريض بالمرضى الآخرين فى الجماعة العلاجية. ويقولون إن كل ما يلاحظ فى التحليل النفسى الفردى مثل المقاومة ونمو البصيرة... إلخ، يحدث فى الموقف الجماعى.

ويرى بعض المعالجين المتحمسين لأسلوب التحليل النفسى الجماعى **أن كل مريض يجلب إلى الجماعة توترًا لا شعوريًا متصلا بموضوع لا شعورى**، وهو يحاول أن يفرغ هذا التوتر بالتأثير على أعضاء الجماعة الآخرين، ويتفاعل معه أعضاء الجماعة المرضى. ونظرًا لأن الحاجات يتمم بعضها البعض، تنشأ مشكلة عامة للجماعة تؤثر فى سلوكها، ويأخذ كل عضو موقفًا خاصا به بالنسبة لهذا التوتر فى الجماعة. ويسمح التحليل النفسى الجماعى بالكشف عن النمط الدفاعى الخاص بكل مريض ضد التوتر اللاشعورى المسيطر عليه. وأحسن طريقة هى الاقتصار على استخدام تفسيرات التحويل فقط، أى تفسير ما يحدث فى الجماعة فى ظروفها الراهنة.

ويحبذ البعض أن يلجأ المعالج إلى الجلسات التحليلية الفردية فى بادىء الأمر، ثم يستخدم الجلسات الجماعية ويستفيد منها بقدر ما يستطيع، تاركا الأمور التى تحتاج إلى تفسير أعمق إلى جلسات تحليلية فردية لاحقة. (روبرت واطسون Watson، ١٩٦٣).

ونتيجة للتحليل النفسى الجماعى يتحسن بعض المرضى، ويلاحظ لدى البعض تغييرات ملحوظة سريعة، بينما لا يتغير بعض الأفراد الذين يتصفون بالجمود والمعارضة.

ويقول أنصار هذا الأسلوب إن التحليل النفسى فى الإطار الجماعى يتيح فرصة أكبر للأخذ والعطاء بين المعالج والمريض. وذكر ويندر Wender (١٩٤٠) أن التحليل النفسى الجماعى قد أفاد بدرجة كبيرة فى علاج حالات الفصام الخفيف والاكتئاب الخفيف وحالات الهستيريا.

علاج المواجهة الجماعية: Encounter Group Therapy

أسلوب «**جماعة المواجهة** » - الموجهة توجيهًا علاجيًا - هو أحد الأساليب المتطورة، حيث يواجه أعضاء الجماعة بعضهم بعضًا فى حرية غير عادية، بهدف التعبير عن المشكلات الانفعالية وتعلم أساليب أفضل للتوافق.

ورائد هذا الأسلوب هو **كارل روجرز** Rogers (١٩٧٠).

ويطلق على علاج المواجهة الجماعية **أسماء أخرى** منها:

* الخبرة الجماعية المكثفة Intensive Group Experience
* جماعة التدريب المعملى فى ديناميات الجماعة Training Laboratory in Group Dynamics
* تدريب الحساسية فى العلاقات الإنسانية Sensitivity Training in Hurman Relationships
* جماعة المواجهة الأساسية Basic Encounter Group
* حلقة عمل جماعى فى العلاقات الإنسانية Workshop in Human Relationships

ويطلق عليه أيضًا « **أسلوب قدر الضغط** Pressure Cooker » بسبب التوتر الانفعالى الذى يتراكم، ولسرعته فى تحقيق الأهداف العلاجية.

والأفضل تسميته أسلوب « **الخبرة الجماعية المكثفة فى جماعة المواجهة** Intensive Group Experience in Encounter Group » (جيمس كولمان، ١٩٧٢، Coleman ، إجلال سرى، ١٩٩٠).

ويتم علاج الخبرة الجماعية المكثفة فى الإرشاد والعلاج النفسى فى مراكز الإرشاد النفسى والعيادات النفسية، فى غرف تتيح الحركة والنشاط بحرية، والجلوس يكون فى شكل غير رسمى أشبه بالجلسة العربية على مراتب ومساند، ويمكن أن يتم فى أماكن قضاء العطلات.

وتضم جماعة المواجهة **العملاء أو المرضى**. وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة والمركزة فترة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة (كعطلة نهاية الأسبوع)، من ثلاثة إلى أربعة أسابيع، حيث تكون الخبرة مكثفة وطول الوقت فيما عدا وقت الراحة والغذاء. أى أن الجلسات الإرشادية أو العلاجية تستغرق من ١٠ - ٦٠ ساعة من الخبرة الجماعية المكثفة. وتضم الجماعة عادة من ٦ - ١٢ شخصاً.

ومن أفضل الأمثلة «**جماعة المواجهة الزواجية**» لحل أو الوقاية من كثير من المشكلات والصراعات والتوترات الزواجية، و«**جماعة المواجهة الأسرية**» حيث يمكن إثراء وتحسين الاتصال بين الوالدين والأولاد، وتيسير طرق التفاهم بين أفراد الأسرة.

والمرشد أو المعالج النفسى يقوم بدور القائد الميسر Facilitator ، وهو مسئول عن تنظيم الجلسات وتنشيط الأفراد. وهو أيضاً مسئول عن تهيئة مناخ «الأمن النفسى» المطلوب، ويكون دائماً إنساناً «جاهزاً» عندما تحتاج الجماعة إلى توجيه وعندما يمر التفاعل الجماعى بمأزق. وهو ييسر التعبير الحر عن المشاعر والأفكار ويشارك بنشاط وصبر وتعاطف، ويتقبل أعضاء الجماعة كل على حدة، والجماعة ككل.

ويركز علاج الخبرة الجماعية المكثفة على التدريب فى مهارات العلاقات الإنسانية، وعلى المواجهة بين الأعضاء فى شكل تفاعل «خذ وهات» Give-and- take.

ويمكن اختيار الأساس النظرى الذى يفضله المعالج كأن يكون العلاج ممركزاً حول العميل أو ممركزاً حول الجماعة، أو بطريقة العلاج الجشطلتى حيث يكون التركيز على الحاضر «هنا والآن» here and now أكثر من الماضى والمستقبل.

ومن خلال علاج المواجهة الجماعية يفترض تحقيق ما يلى:

* ينمو الشعور بالأمن تدريجيًا، ويتخلى الأعضاء عن الدفاعات، ويلقون الواجهات ويخلعون الأقنعة.
* يتدعم الارتباط المشاعرى عن طريق المواجهة مع باقى أعضاء الجماعة.
* يزداد فهم النفس وتقبلها.
* يتم التعبير عن المشكلات وتعلم أساليب لحلها.
* يتم تعلم أساليب أفضل للتوافق.
* تتغير الاتجاهات، وبالتالى يتغير السلوك.
* تتوثق العلاقات مع الآخرين وتصبح أكثر فعالية فى الحياة اليومية.

ويمر علاج الخبرة الجماعية المكثفة بالمراحل التالية: (١)

(١) من محاضرة مسجلة بصوت كارل روجرز Rogers .

١ - **التجمع**: milling around حيث تبدأ الجماعة فى التجمع والتعارف، ويكون هناك تفاعل مهذب ظاهريًا ومشاعر متضاربة. وقد يحدث بعض الخلط والارتباك والفوضى الجماعية، وقد تصبح الجلسة « جلسة زعيق » rap session، وقد تتكلم الجماعة فى أى شىء وعن «كل ما هب ودب ». وهذا أمر متوقع فى بادىء الأمر. وعندما يتدخل المرشد «القائد المسير» يوضح أن الجماعةتتمتع بحرية كاملة، ولا يوجد من يحدد وجهتها، وعلى الأعضاء كامل المسئولية فى توجيه التفاعل الاجتماعى.

٢ـ **المقاومة**: Resistance وتعنى مقاومة التعبير الشخصى. ويحدث هذا حين يقوم بعض الأفراد بالتعبير عن الاتجاهات والأفكار الشخصية مما يثير ردود فعل متناقضة بين الأعضاء الآخرين،فلكل عضو مفهوم الذات المدرك، ومفهوم الذات الاجتماعى، ومفهوم الذات الخاص (الذى يحافظ على سريته)، وكل فرد يحاول أن يبدو أمام الآخرين محقا أو خالياً من المشكلات. وقد يصمت بعض الأعضاء ويحجمون عن الكشف عن ذواتهم الخاصة ولا يتعاونون.

٣ـ **وصف المشاعر السابقة**:ويبدأ التعبير بالكشف عن الذوات العامة Public selves وعن المشاعر السابقة فى شىء من الحذر والخوف من المخاطر وكشف الذات تماماً. ومن الواضح أن كشف المشاعر السابقة يكون أسهل من التعبير عن المشاعر الحاضرة لأنها تكون خارجة عن نطاق الجماعة زمانا ومكانا، وهى تعبير عن المشاعر «هناك وآنذاك» There and Then.

٤ـ **التعبير عن المشاعر السالبة**: قد يكون التعبير الأول من المشاعر الهامة (هنا والآن) فى شكل مشاعر واتجاهات سالبة نحو الأعضاء الآخرين أو نحو قائد الجماعة. فقد يهاجم عضو عضواً آخر يغلف ذاته أو لا يشارك فى التفاعل، أو قد يتهم شخص القائد بالفشل فى توجيه الجماعة. وبعد أن يتم التعبير عن المشاعر السالبة يتم تقبلها وتشربها دون عواقب وخيمة حيث توجد الجماعة فى مناخ نفسى كله حرية.

٥ـ **التعبير عن المواد الشخصية**:بعد أن يتأكد كل فرد أن هذه الجماعة «جماعته» يزداد مناخ «الثقة» فى النمو، ويبدأ كل فرد فى الكشف عن واجهة أعمق فى ذاته الخاصة Private Self. فقد يقول زوج إن التفاهم معدوم بينه وبين زوجته ميئوس منه، أو أن سبب الخلافات الدائمة بينهما هو اضطراب العلاقات الجنسية الزواجية.

٦ ـ **التعبير عن المشاعر المباشرة فى الجماعة**: وهذا التعبير قد يحدث مبكراً أو يتأخر أحياناً، حيث يتم الإفصاح عن المشاعر فى اللحظة المباشرة للأعضاء، وبعضها قديكون موجبا، وبعضها قد يكون سالباً.

٧ ـ **نمو طاقة علاجية فى الجماعة**:وهنا يظهر قدر من الطاقة العلاجية التلقائية لدى أعضاء الجماعة للتعامل مع آلام ومتاعب ومشكلات الآخرين فى إطار علاجى ميسر يميزه الفهم والمساندة.

٨- **تقبل الذات وبداية التغير**: إن تقبل الذات هو بداية التغير. وقد يكون مفهوم الذات موجبا أو سالبا، وقد يتقبل الفرد ذاته أو يرفضها. ومن خلال الخبرة الجماعية المكثفة يتكشف للفرد مساوىء مفهوم الذات السالب، ويقدر معنى فهم الذات وفهم الآخرين، ويقدر ضرورة تقبل ذاته بكل جوانب قوته وكل جوانب ضعفه فيبدو أكثر واقعية، وأكثر استبصاراً بنفسه. وهذا يمثل أساس التغيير حيث يصبح الفرد أقرب إلى مشاعره الشخصية، ومن ثم يستطيع تنظيمها، ويصبح أكثر استعدادا للتغير.

٩ - **خلع الأقنعة**: Mask Removal مع مرور الوقت واستمرار الجلسات تجد الجماعة أنه لا يمكن تحمل أن يعيش أى عضو من أعضائها خلف قناع أو واجهة، ولابد من خلع الأقنعة وإلقاء الواجهات المصطنعة Facade Dropping ، فالكلمات المهذبة والفهم المتبادل الظاهرى، والعلاقات الطيبة المصطنعة والأسلوب المغطى لا يصبح مناسباً، ويحل محله حدوث مواجهة أعمق. فالمواجهة الجماعية تتطلب أن يكون الفرد «نفسه» ولا يظل مختبئا وراء واجهة، وأن يخلع القناع الذى يضعه فى التفاعل الاجتماعى العادى. وهكذا يحدث «انفتاح» opening up فى تلقائية وثقة تزيد الصراحة والتعبير المباشر. وقد يكون خلع الأقنعة بالتدريج وبرفق، وقد يكون فجائيا ودراميا، وقد يكون بين الزوجين حيث يسقط أو يخلع كل منهما قناع الآخر أمام الجماعة التى اطمأن لديها وتفاعل معها. والزوجان هما أقدر من غيرهما على إدراك بقاء القناع أو خلعه، فهما أعرف اثنين ببعضها البعض. وعلى العموم فإن خلع الأقنعة يعتبر بمثابة عرى نفسى أو كشف عن «العورة النفسية».

١٠- **تلقى التغذية الراجعة**: وفى عملية التفاعل التعبيرى الحر، يكتسب الفرد قدراً كبيراً ومتنوعاً من المعلومات عن كيف يبدو للآخرين. وهذه المعلومات ترجع وترد إلى الفرد من خلال التفاعل الجماعى حيث تعتبر الجماعة بمثابة مرآة جماعية للفرد.

١١- **المواجهة (وجها لوجه)**: Confrontation وفى هذه المرحلة يواجه الأفراد بعضهم بعضا إيجاباً وسلبا، وفى أخذ وعطاء، وقد يصل الأمر إلى مشادة. ولكن من خلال العملية الإرشادية وقبل نهاية الجلسة يصل التفاعل إلى نهاية أفضل، ويتزايد التعبير التلقائى الحر.

١٢- **علاقة المساعدة الجماعية**: وفى هذه المرحلة يزداد «القرب» الاجتماعى، وتزداد المشاعر الموجبة، وتزداد مشاعر «الدفء» وروح الجماعة والثقة، وتنمو علاقة مساعدة جماعية حيث تتوصل الجماعة إلى حالة يكون فيها الأعضاء قادرين على مساعدة بعضهم بعضا داخل وخارج الجلسات الجماعية. ومن أهم مظاهر علاقة المساعدة الجماعية ذلك الذى يحدث عندما يساعد أعضاء الجماعة بعضهم بعضا على تقبل ذواتهم وفى إلقاء أقنعتهم، وفى الكشف عن مواد أعمق من ذواتهم الخاصة.

١٣ـ **المواجهة الأساسية:** Basic Encounter وفى هذه المرحلة يزداد اتصال وتقارب الأعضاء مع بعضهم البعض بدرجة أكبر من المعتاد فى الحياة اليومية. وهذا يعتبر أحد العناصر الرئيسية المؤدية إلى ازدياد التعبير نتيجة الخبرة الجماعية. وكمثال لذلك قد تصف امرأة مطلقة نفسها بأنها لا تستحق الحياة بعد أن تحطم زواجها أو فشلها فى الزواج من جديد. وتكون جماعة المواجهة بمثابة كتف تبكى عليه، وقد يساعد أعضاء الجماعة على العثور على إبره أمل فى كومة يأسها. فهى إذ نظن أنه لا يوجد فى العالم رجل واحد يحبها، فإن الجماعة تتيح فرصة الشعور بالتقبل، وتزيد الثقة بالنفس. إن المواجهة الأساسية تشعر الفرد بتحقيق ذاته هو وآخر فى علاقة ثنائية، وهذا الشعور الحقيقى فى علاقة «أنا وأنت» شىءيتحقق فى خبرة جماعة المواجهة.

١٤ـ **التعبير عن المشاعر الموجبة والقرب:** وبالتدريج يتم التعبير عن المشاعر الموجبة ويحل شعور موجب محل الشعور السالب، ويتم تقبل عميق للآخر، ومن ثم يتضح حدوث تغير حقيقى عندما يتم التعبير عن المشاعر فى إطار العلاقة النامية فى الاتجاه السليم حيث يزيد الشعور الموجب والقرب. وهكذا مع تقدم الجلسات ينمو شعور متزايد بالدفء والأمن حيث الاتجاهات الموجبة والشعور بالواقعية.

١٥ـ **التغيرات السلوكية فى الجماعة:** وتحدث تغيرات سلوكية أساسية فى الجماعة نفسها نتيجة للخبرة الجماعية. فالتعبيرات تتغير، ونبرات الصوت تتغير فتصبح أقوى أو أرق وأكثر تلقائية وأكثر امتلاء بالمشاعر. ويبدى الأعضاء قدراً كبيراً من الاحترام المتبادل والاتجاه الموجب نحو بعضهم البعض. إنهم يصبحون أكثر انفتاحا وتلقائية ومرونة، يعبرون عن أنفسهم بحرية وطلاقة أكثر، ويصبحون أكثر تعاطفا وتسامحا، وأكثر ثقة وبهجة. وهكذا تصبح العلاقات الإنسانية أكثر عمقا وأكثر نجاحا.

١٦ـ **الإنهاء و العودة إلى المجتمع:** بعد انتهاء الجلسات الجماعية، يتم الإعداد لعودة الأعضاء بمفاهيمهم وخبراتهم وأساليب سلوكهم الجديدة إلى الحياة العادية فى المجتمع الخارجى، حتى يتقبل الآخرون أسلوب حياتهم الجديد المتميز بالانفتاح والصراحة الكاملة فى التعامل مع أعضاء الأسرة أو جماعة العمل أو فى المجتمع بصفة عامة. ويتم ذلك فى جلسة ختامية تسمى جلسة «التأملات» Reflections حيث يتبادل الأعضاء مشاعرهم حول الخبرة الجماعية وكيف أثرت فى سلوكهم وأسلوب حياتهم. ويتم الإعداد لعملية متابعة.

هذا، ومن بين **أساليب تنشيط التفاعل** فى جماعات المواجهة مايلى:

* لعب الأدوار Role Playing.
* الكرسى الساخن «كرسى الاعتراف» Hot Seat.
* مباراة الأسرار (المخجلة).

* إلقاء الأسئلة الموجبة والسالبة Positive and Negative Bombardment .
(الموجهة إلى الشخص الجالس على كرسي الاعتراف).
* العين في العين Eyeball -to- Eyeball .
* لسان السم Poison Tongue، وقلم السم Poison Pen .

أما عن نقد الخبرة الجماعية المكثفة في جماعات المواجهة، فالمزايا كثيرة وأهمها: تحسن التفاعل الاجتماعي، المساندة، وكشف الذات ومعرفتها من وجهة نظر الآخرين، وحدوث تغير في الشخصية والسلوك، وإتاحة فرصة خبرات انفعالية مكثفة، وتحسن الاستبصار. ويحدث هذا بسرعة وفي وقت قليل. وعلى الرغم من ذلك ـ ففي حالة عدم الدقة في اختيار الأعضاء وتعرض سير العلاج لخلل ـ قد تظهر نواحي قصور وعناصر سلبية. فقد يفشل بعض الأعضاء في مواجهة الجماعة. وقد تكون التغيرات السلوكية التي تحدث قصيرة الأمد وغير دائمة. وقد يحدث لدى البعض انتكاس أو إحباط عند العودة إلى الحياة الاجتماعية العادية في عالم الواقع. وقد يندمج الفرد بعمق في الكشف عن ذاته ثم يترك بمشكلاته غير محلولة فيشعر بالقلق والاكتئاب. وأخيراً، قد يتحمس بعض الأعضاء للأسلوب ويستمرون في الاشتراك في حلقات عمل جديدة، تعبيراً عن التأييد المطلق «احتراف حضور جماعات المواجهة».

علاج المائدة المستديرة: Round-Table Psychotherapy

من رواد هذا الأسلوب ملك كان وألمادا McCann & Almada (١٩٥٠).

وأهم أهداف علاج المائدة المستديرة هو مساعدة مجموعة من المرضى على تحقيق فهم أفضل لمشكلاتهم واضطراباتهم السلوكية وإدراك أن الآخرين يتقبلونهم ويحاولون مساعدتهم وتنمية ثقتهم في أنفسهم حتى يتم حل مشكلاتهم وتعديل سلوكهم.

وتكون الجلسات الجماعية **حول مائدة مستديرة**. وتضم الجماعة حوالي سبعة مرضى.

ويجلس المعالج مع المرضى حول المائدة المستديرة، ويكون قد أجرى مقابلة فردية مع كل واحد منهم قبل بدء الجلسات الجماعية. وتحدد جلسة لكل واحد من المرضى ليكون هو الموضوع الرئيسي وتدور الجلسة حول مشكلاته واضطراباته. ،ويتم التفاعل بين المرضى ويناقشون المشكلات بحرية ويحاول الجميع مساعدته. وتستمر الجلسة حوالي ٤٥ دقيقة، ويتم تسجيلها، وبعد الانتهاء من ذلك، يعاد سماع التسجيل (أو مشاهدته مع سماعه إذا سجل على شريط فيديو) وتناقشه الجماعة التي يتحمل أعضاؤها ـ ومعهم المعالج ـ مسئولية المساعدة.

العلاج النفسي المركز حول الجماعة: Group Centred Psychotherapy

هذا الأسلوب العلاجي الجماعي مشتق من طريقة العلاج النفسي المركز حول العميل. والأساس النظري لهما واحد.

ومن رواد هذا الأسلوب هوبز Hobbs (١٩٥١).

ومن الفروق الهامة بين العلاج المركز حول العميل والعلاج المركز حول الجماعة، هو أن موقف الجماعة يجسد فعالية التفاعل الاجتماعي والعلاقات الإنسانية ويتيح فرصة مباشرة لاكتشاف

طرق جديدة وأكثر فعالية للتعامل مع الناس عن قرب، وبذلك يزداد الوعى بعناصر التفاعل الاجتماعى فى موقف جماعى أقرب إلى الحياة العامة التى تنمو فيها الشخصية. وفيه يتعلم الفرد معنى الأخذ والعطاء والمساندة الانفعالية، وتقديم المساعدة وتلقيها. وهذه خبرة علاجية فى حد ذاتها.

ويصلح هذه الأسلوب مع الأفراد الذين يستطيعون التحدث والتعبير عن أنفسهم فى مواقف جماعية بطريقة أفضل من مواقف العلاج الفردى.

وتتم جلسات العلاج بواقع جلستين أسبوعياً.

وفى هذا الأسلوب لا يعد المعالج مادة معينة مسبقا للمناقشة. ولكن **الجماعة حرة** فى مناقشة ما يهمها من موضوعات. والجماعة هى التى تفسر السلوك، والمعالج لا يقحم تفسيراته. وأهم نشاط للمعالج هو تقبل مشاعر أعضاء الجماعة، وإيضاح تلك المشاعر والتوجيه غير المباشر للتفاعل الجماعى. ويقوم المعالج أيضاً بالتعرف على المواقف والخبرات الإيجابية من خلال الجلسات وإتاحة الفرصة لها للاستمرار. والمعالج ليس سلبيا - كما قد يفهم - ولكنه يركز على فعالية الجماعة، ويتدخل إذا حدث توقف أو ظهر تهديد للتعبير الحر عن المشاعر والاتجاهات، حتى يتحقق الهدف.

تقييم العلاج النفسى الجماعى:

مزايا العلاج النفسى الجماعى:

يمكن تلخيص أهم مزايا العلاج النفسى الجماعى فيما يلى:

* يؤدى إلى اقتصاد كبير فى نفقات العلاج.
* يؤدى إلى خفض كبير فى عدد المعالجين.
* يؤدى إلى توفير الجهد المبذول من جانب المعالج النفسى.
* له أثر تنفيسى ذو قيمة كبيرة، إذ فيه مجال لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة دون أى نقد، وهو يمد المرضى بالسند الانفعالى المطلوب فى العلاج النفسى عن طريق العلاقات الجماعية.
* يقلل مشاعر القلق والشعور بالإثم، ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحبطة.
* يستغل المشاعر التى تنمو فى الجماعة لزيادة دفع المرضى نحو العلاج.
* يقلل من حدة تمركز المريض حول ذاته، ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير مما ينمى الثقة فى النفس، ويقوى عاطفة اعتبار الذات لدى المرضى.
* يكفل تصحيح وتعديل مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم الخارجى عموما، فى اتجاه زيادة تقدير الذات والتحقق من قدراته مما يزيد بالتالى من تقبل الفرد للآخرين وتقبل الآخرين له.

* يقوى احترام المريض لذاته ويشجعه على البحث عن طريق أفضل لحل صراعاته ومشكلاته، مما ينمي شعوره بقيمته، ويقلل من مخاوفه، ويقضي على سلوكه غير السوى، ويفتح الطريق أمام نمو أنماط سلوكية سوية.

* يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية، وحل الصراعات والمشكلات في موقف جماعي قريب الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية.

* يشعر المريض بحرية أكثر ويحمله مسئولية أكبر عن نفسه وعن الآخرين.

* يساعد في تعديل اتجاهات المريض واكتساب معايير سلوكية اجتماعية ومهارات وقيم جديدة. ويتيح الفرصة أمام المريض ليخبر رد فعل الآخرين لسلوكه السوى وغير السوى على حد سواء.

* يتيح فرصة نظر المريض إلى مشكلاته من جوانب وأبعاد جديدة.

* يكتسب المريض أنماطا جديدة من السلوك الاجتماعي لايمكن اكتسابها في نطاق العلاج الفردي.

* يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية معينة، وأن هناك كثيرين غيره، مما يحدث بينهم نوعاً من المساندة والمساعدة والتعاون في حل مشكلاتهم المشتركة، ومن ثم فإنه يقلل من شعور المريض بالعزلة. ويعتبر ذلك سندا عاطفيا للمريض يعينه على الاستبصار في نفسه في إطار العلاقات والتفاعل الاجتماعي،مما يقلل آثار الانزعاج والتنغيص التي تسببها مشكلاته النفسية.

* يتيح فرصة الاتعاظ بأخطاء الغير والاستفادة منها حين يسمع قصصهم وتاريخ حياتهم...إلخ[1].

* يعتبروسيلة تساعد الفرد في التغلب على الحيرة والقلق والاختلاف والضعف والضياع الذي قد يشعر به حين يحاول مواجهة الواقع الذي يتجسد في زيادة ضغوط الجماعات التي ينتمي إليها في إطار المجتمع الكبير.

* يجمع بين خبرات الفرد الداخلية وبين الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه.

* يتيح الفرصة لاختيار أشكال مختلفة من السلوك والواقع الاجتماعي.

* يتيح الفرصة لخبرات اجتماعية مناسبة مع أفراد الجنس الآخر لمن تعوزهم هذه الخبرات ولمن يعانون من الخجل أو الحرج في وجود الجنس الآخر.

* يعتبر أفضل طريقة علاجية بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يتجاوبون ولا يتعاونون في العلاج النفسي الفردي.

* يعتبر أنسب طرق العلاج النفسي في البلاد النامية التي تعاني من نقص شديد في عدد المعالجين النفسيين، ولذلك فإن له أهميته القصوى من الناحية الاجتماعية.

---

(١) من أقوال الإمام علي رضي الله عنه: "السعيد من وعظ بغيره، والشقي من انخدع لهواه وغروره".

عيوب العلاج النفسى الجماعى:

يمكن ذكر بعض عيوب العلاج النفسى الجماعى كما يلى:

* تعتبر عملية العلاج النفسى الجماعى عملية معقدة وصعبة.
* يساعد فى إحداث التوافق فى بعض نواحى حياة المريض، إلا أنه لا يحدث تغييرات جذرية فى التركيب الأساسى لشخصيته.
* قد يشعر بعض المرضى بالخجل إذا وجد المريض أنه يكشف عن نفسه أمام الآخرين (غير المعالج) أو أنه يقوم بتفسير مشكلاته أمام غيره من المرضى.
* لا يفيد مع بعض المرضى الذين يعانون من صراعات عنيفة.
* يلاحظ فى الجماعة العلاجية أن بعض المرضى لا يستفيدون بالدرجة المطلوبة ، وقد يصل عدد هؤلاء فى الجماعة الكبيرة نسبيا إلى حوالى الربع أو الثلث. ويعتمد هذا إلى حد كبير على الرغبة (لدى المريض) فى تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعلى المستوى الانفعالى والقدرة على التعبير عن الانفعالات، والإدراك المرن للسلطة.

مضاعفات العلاج النفسى الجماعى:

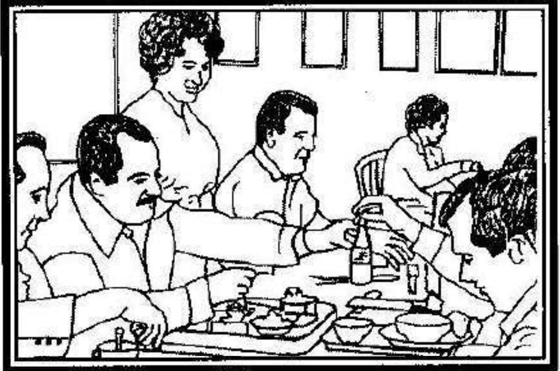
يجب عمل حساب بعض مضاعفات العلاج النفسى الجماعى. ومن ذلك:

* قد يكون تهديد الجماعة للفرد مبالغا فيه لدى الفرد، وخاصة أولئك المرضى الذين يعانون من اضطرابات مثل الجنسية المثلية أو العدوان الصريح. وأمثال هؤلاء يجب الحرص التام فى وضعهم فى الجماعة العلاجية حتى لا يظهر لديهم ردود فعل الفزع أو الهرب أو اللجوء إلى العقاقير أو محاولة الانتحار.
* هناك بعض المرضى يجب عدم استخدام هذا النوع من العلاج معهم بسبب الضرر الذى قد يحدث نتيجة العلاقات المتبادلة التى قد تحدث والتوتر الانفعالى الذى قد يصاحبها.
* ينصح بعدم وضع المرضى الذين يعانون من الصراعات العميقة وتفكك الشخصية الشديدة فى الجماعات العلاجية تفاديا لظهور أى مضاعفات.

العلاج الاجتماعى

SOCIOTHERAPY

يدخل تحت العلاج الاجتماعى ما يسمى **العلاجى البيئى** Environmental Treatment **وعلاج المحيط البيئى** Milieu Therpy **وعلاج النقل الكلى** Total Push . **والعلاج الاجتماعى** عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المريض إما مؤقتا أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التى أدت إلى الاضطراب النفسى إلى بيئة اجتماعية أخرى بما يتيح ويحقق التوافق النفسى السوى المنشود.



شكل (١٠٨) العلاج الاجتماعى

(ماستر Master، ١٩٦٧، بول Paul ، ١٩٦٩). (انظر شكل ١٠٨).

وهكذا نجد أن **هدف العلاج** هو تغيير وضبط البيئة الاجتماعية التى أدت إلى الاضطراب النفسى وجعلها بيئة اجتماعية علاجية سواء كان ذلك فى الأسرة أو المدرسة أو فى المستشفى أو فى العيادة النفسية أو فى مؤسسة الإيداع أو فى المجتمع بصفة عامة.

والعلاج الاجتماعى **أكثر جدوى** فى حالات الأطفال والمراهقين منه فى حالات الراشدين والكبار وذلك لأن الأطفال والمراهقين فى مرحلة نمو وتكوين وتعديل سلوكهم أسهل، بينما الراشدون والكبار قد انتظم سلوكهم ونضج على النحو الذى أصبح عليه تعديل سلوكهم أصعب نسبيا.

هذا ويعاون المعالج النفسى فى عملية العلاج **الأخصائى الاجتماعى**، ومن ثم فهو يحتاج إلى تدريب شامل فى ديناميات الشخصية وفى العلاج الجماعى وعلاج الأسرة وفى استخدام مصادر الخدمة الاجتماعية وفى الإرشاد والعلاج النفسى.

ومن أهم **ميادين العلاج الاجتماعى** مستشفيات الأمراض النفسية ومؤسسات جناح الأحداث والقوات المسلحة، حيث يكون على المعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى تهيئة ظروف بيئية اجتماعية علاجية.

أساليب العلاج الاجتماعي:

في محيط الأسرة:

الأسرة هي البيئة الاجتماعية الأساسية للفرد. وفي محيطها قد يحتاج الأمر إلى إجراء ما يلي:

* **الاستعانة بالوالدين** في تهيئة مناخ أسرى هادىء سار.
* **تغيير اتجاهات المحيطين** والمخالطين في الأسرة خاصة الزوج والأقارب وحتى الجيران.
* **علاج الوالدين** وهذا قد يكون أكثر إلحاحا من علاج الطفل المريض نفسه. فقد يتطلب الأمر مساعدة الوالدين فيما يتعلق بتربية الأطفال وتوجيههم بخصوص مشكلة الطفل وخصائص نموه بصفة عامة وضرورة وكيفية التغيير في أسلوب معاملتهما للطفل واتجاهاتهما وشرح الاضطراب وتفسيره وما يستتبع ذلك من تغيير في معاملة الطفل وسلوكه. وهذا يفيد ولا شك من عدة جلسات علاجية وجها لوجه مع الطفل.
* **علاج الأسرة** بأسرها وحل مشكلات الزواج والمشكلات الاقتصادية ومشكلات الحياة الأخرى التي يكون لها أثر على الحالة.
* في بعض الأحيان قد يتطلب الأمر **وضع الطفل في أسرة بديلة** (بالتبني) بدلا من أسرته الرافضة أو الطاردة أو الممزقة أو في حالة اضطراب الوالدين نفسيا وعقليا بدرجة لا تسمح برعايتهم للطفل.
* في أضيق الحدود، **إيداع الطفل في مؤسسة** داخلية بعيداً عن أسرته المهددة غير الآمنة وبشرط أن يكون الإيداع بالمؤسسة أفضل من البقاء في المنزل كآخر حل (١).

في محيط المدرسة:

تلعب المدرسة دورا هاماً يلي دور الأسرة في العلاج الاجتماعي. وهنا يتعاون المعالج النفسي والأخصائي الاجتماعي مع المدرسين وباقي الأخصائيين في المدرسة. فالمدرسة تكشف القدرات وتنميها وتستغل الهوايات وتشبع الحاجات، ويمارس فيها التلميذ المحاولة والخطأ والنجاح والفشل و التنافس والتعاون، ويتعلم فيها الفرد الحياة نفسها.

وقد يتطلب الحال تعديل بعض **الخبرات المدرسية** أو تقديم خبرات خاصة مناسبة للطفل المشكل عن طريق تعاون المعالج النفسي والأخصائي النفسي المدرسي والأخصائي الاجتماعي المدرسي.

ولابد من **اتصال الأسرة والمدرسة** وتعاونهما في الحالات العادية بصفة عامة والحالات المرضية بصفة خاصة.

في المستشفى:

يجب أن يكون **المناخ العلاجي** في مستشفى الأمراض النفسية أو العيادة النفسية مناسبا ومساعدا في عملية العلاج ومفيدا في اكتساب مفاهيم واتجاهات جديدة.

---

(١) نقول هذا ونحن نعلم تماما أن الأسرة الفقيرة أحسن من الأسرة البديلة، وأن الأسرة البديلة أحسن من مؤسسة الإيداع.

ويجب العمل على **نقل المريض من مجتمع المستشفى إلى المجتمع الخارجى** وتيسير وتمهيد الطريق أمامه لينقل من المستشفى إلى الأسرة والمجتمع، وذلك بمناقشة الأسرة والزملاء وغيرهم فى حالة المريض وشفائه وما يتوقعونه منه وكيف يستجيبون لسلوكه.

فى مجال العمل:

إذا لم يكن للمريض عمل فيجب **مساعدته فى إيجاد عمل له**. وفى حالة وجود عمل يجب جعل **العمل أكثر مجلبة للرضا المهنى، أوتغييره إذا لم يكن كذلك** تحقيقا للشعور بالقيمة وتقبل الذات. وفى كل الحالات يجب إفهام **الرؤساء والزملاء** طبيعة المرض وشفاء المريض.

فى المجتمع:

فى إطار المجتمع الكبير يفيد العلاج الاجتماعى على النحو التالى:

* **الاستعانة بالمعايير الاجتماعية** والقيم والعادات والتقاليد فى تعديل السلوك المنحرف أو الشاذ.
* **تهيئة بيئة اجتماعية** صحية للتأهيل.
* **إسهام الأقارب والأصدقاء** والرفاق وأصحاب العمل وجماعة العمل وغيرهم فى التخفيف من حدة التوتر التى قد تكون موجودة فى البيئة الاجتماعية.
* **تعديل الظروف الاجتماعية** وإحداث التغييرات اللازمة فى ظروف المعيشة وتعديل الإطار الاجتماعى العام للمريض وعلاجه فى مواقف الحياة الخارجية. وهنا يمكن للعلاج الاجتماعى أن يؤتى ثماره فى إطار العمل والحياة العامة أى فى موقع المريض نفسه.
* **الاستفادة من النوادى والمعسكرات** فى توسيع الإطار الاجتماعى للفرد وتقبل الآخرين والاستقلال خصوصا فى حالات الأطفال المدللين وحالات الحماية الزائدة.
* **ضبط عملية التنشئة الاجتماعية** وإجراء بعض التعديلات والتغييرات اللازمة فى باقى وسائل وعوامل هذه العملية مثل وسائل الإعلام ودور العبادة وجماعة الرفاق.
* **دفع المريض فى برنامج اجتماعى** مخطط للنشاط والعلاج.
* **تقديم خبرات اجتماعية** جديدة أفضل وذات قيمة علاجية.
* **متابعة المريض بعد عودته للمجتمع** وذلك عن طريق الزيارات الدورية التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى والتى قد يجد من خلالها أن المريض فى حاجة إلى التردد على المستشفى أو فى حاجة إلى مساعدة من أجل التوافق السوى فى المجتمع. ويعرف المريض أنه إذا ما تراكم من الظروف ما قد يصبح مهددا لتوافقه فإنه يستطيع العودة إلى المعالج حتى يجتاز الأزمة بسلام.

ملاحظات على العلاج الاجتماعى:

مزايا العلاج الاجتماعى:

يمتاز العلاج الاجتماعى بما يلى:

* علاج المريض كإنسان وليس مجرد (حالة).
* الاستفادة من أثر الضغط الاجتماعى الملزم فى تعديل سلوك الفرد.
* زيادة التفاعل والنشاط الاجتماعى.
* المساعدة فى إعادة التوافق الاجتماعى والتوافق المهنى والتوافق الزواجى.
* التقليل من السلوك الفردى الغريب الشاذ.
* إعادة الثقة فى النفس.
* إدماج نشاط المريض اليومى فى برنامج العلاج.

صعوبات العلاج الاجتماعى :

ومن صعوبات العلاج الاجتماعى أنه يصعب أحيانا ضبط بيئة الراشدين. ويصعب أحيانا الاتصال بالأزواج والرؤساء. ويصعب عادة تغيير نظام حياة الكبار والمسنين.

العـــــلاج بالعمـــــل

OCCUPATIONAL THERAPY

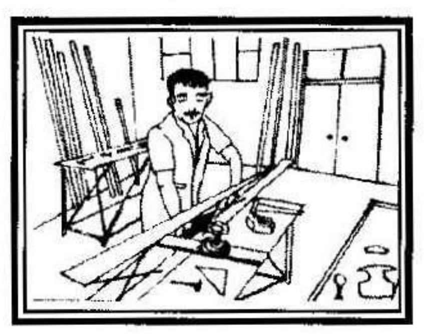
من وجهة نظر العلاج النفسى يعتبر **العمل عند الكبار** وكأنه اللعب عند الأطفال باعتباره نوعا من التعبير والتنفيس المريح.

ولقد أصبح **العلاج بالعمل عن طريق مشاركة المريض فى نشاط مهنى** من أهم الطرق والوسائل العلاجية فى الأمراض النفسية، وهو علاج ضرورى يكمل العلاج الجسمى والعلاج النفسى بكافة أنواعه. وأصبح وصف العمل المناسب للمريض من أهم ما يعنى به المعالج.[(١)]

والغرض من العلاج بالعمل بصفة أساسية هو شغل وقت المريض والمساعدة فى عملية التشخيص والعلاج والتأهيل. وليس الغرض من العلاج بالعمل ـ ولا ينبغى أن يكون ـ هو تحقيق المنفعة المادية. إن الملل والسأم واستنفاد الطاقة فيما لا يفيد فى فترة العلاج النفسى الذى يستغرق عادة وقتا طويلا، يعتبر عاملا يزيد الحالة المرضية سوءا. ومن ثم فإن استخدام العلاج بالعمل المختار بدقة وعناية يعتبر ذا أهمية وحيوية.

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى العلاج بالعمل ما يلى:

- American Journal of Occupational Therapy.
- Australian Occupational Therapy Journal.


شكل (٩-١٠) العلاج بالعمل

والعلاج بالعمل **علاج بكل معنى الكلمة** تحدد ساعته ونوعه ويلاحظ المريض أثناءه. ويتوقف نوع العمل على شخصية المريض وعمره وصحته العامة ونوع مرضه والطور الذى يمر به هذا المريض. (انظر شكل ٩-١٠)

استخدامات العلاج بالعمل:

يستخدم العلاج بالعمل **لتحقيق الأهداف التالية:**

* **توجيه المريض إلى عمل نشط** مثل النجارة والحدادة، وكلاهما يتضمن الطرق حتى يتفادى المريض استدخال العدوان، ويتمكن من توجيه هذا العدوان خارجا، ويسترد الأمل والثقة فى نفسه، ويفيد بصفة خاصة فى حالة مرضى الاكتئاب.
* **تحويل طاقة المريض فى مهنة نافعة**، وهذا يعتبر من أهم ما يمكن حتى وإن كانت المنتجات ذات قيمة محدودة، ويفيد بصفة خاصة فى حالة مرضى الهوس.
* **التخلص من التركيز على الانفعالات** النفسية التى سببت الاضطرابات، ويفيد بصفة خاصة فى علاج الأمراض النفسية الجسمية.
* **المساعدةعلى التعبير عن المشاعر**، والتخفف من الميول اللا اجتماعية وأحلام اليقظة ونقص الاتصال بالواقع، ويساعد فى تركيز الانتباه، ويفيد بصفة خاصة فى حالات مرضى الفصام.

قسم العلاج بالعمل:

يخصص للعلاج بالعمل عادة **قسم خاص** يقسم إلى أقسام فرعية أو ورش مختلفة. ويكون قسم العلاج بالعمل الخاص بالرجال عادة منفصلا عن القسم الخاص بالنساء. ويمكن أن يقوم بعض المرضى بالعمل فى عنابر المستشفى وقاعاتها العادية. وحتى المرضى الذين لا يستطيعون مبارحة السرير لأسباب جسمية أو عقلية يمكن أن يشغل وقت فراغهم بالعمل فى أماكنهم.

ويشرف على القسم **أخصائيون** فى العلاج بالعمل وخبراء للتدريب فى مختلف الحرف.

ومن **أنماط العمل** الذى يقوم به المرضى ما يلى:

* العمل الروتينى فى العنبر، مثل النظافة والغسيل.
* العمل فى المغسل أو المطبخ.

* الأعمال اليدوية المتنوعة مثل صناعة السجاد، والنسيج، وأعمال الخيرزان، وصناعة السلال، والحياكة، والصناعات الجلدية، والنجارة، وأشغال الإبرة والتريكو، وأشغال الخرز، والرسم بألوان الماء والزيت، وصناعة اللعب، وصناعة الخزف والنحت، وفلاحة البساتين.

وكما سبق أن ذكرنا لا ينتظر أن يحقق قسم العلاج بالعمل إنتاجا بمعنى الكلمة وعائداً ماديا. إن إنتاجه يجب أن يكون تغيير سلوك المرضى، وربحه يجب أن يكون تحقيق الشفاء.

طريقة العلاج بالعمل:

يمكن تقسيم المرضى بالنسبة للعلاج بالعمل إلى ثلاثة أقسام رئيسية:

* المرضى الأكفاء المهتمين بالعلاج والمقبلين عليه (فى دور النقاهة).
* المرضى الأقل كفاءة واهتماما (وهناك أمل فى شفائهم).
* المرضى المتبلدين المنصرفين (المزمنين).

ويقوم كل فريق بما يمكن أن يقوم به. وتكون المهمة مع القسم الأول سهلة، وأيسر عن القسم الثانى، وتكون النتيجة عادة أفضل فى القسمين. أما القسم الثالث فيحتاج إلى كل أنواع الإثارة والتحميس والتبسيط والوضوح فى التعليمات والعمل، ويعتبر أى تقدم يحرز هنا مكسبا مهما كان بسيطا.

وينبغى أن يكون بدء العمل سهلا بسيطا مشوقا، حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه ، مما يزيد حماسه للاستمرار والمثابرة، ثم يزداد العمل صعوبة وتعقدا حسب استجابة المريض وتقدمه.

ويقوم الأخصائى النفسى بالاشتراك مع أخصائى العلاج بالعمل بتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته، فى ضوء معرفة شخصية المريض وميوله وعمره وصحته العامة ونوع مرضه والطور الذى يمر به هذا المرض، وبحيث يشتمل أيضاً على عنصر الترويح والتسلية.

ويرى بعض المعالجين أنه يجب إتاحة حرية اختيار العمل أمام المرضى بعد عرض كل الأعمال المتاحة عليهم.

ويلاحظ أن العلاج بالعمل يجب ألا ينتهى بخروج المريض من المستشفى، وإنما يجب أن يستمر فى منزله فى فترة النقاهة. ولذلك قد يتردد المريض على قسم العلاج بالعمل من الخارج ضمانا للوقاية من شر النكسة، وتشجيعا على الاستمرار فى التقدم نحو المستوى المرجو من السواء. ويعتبر ذلك أيضاً وسيلة لضمان استمرار اتصال المريض بالمستشفى لأطول مدة ممكنة من الوقت.

وبما يساعد على **تحقيق الفائدة المرجوة** من العلاج بالعمل القيام بالرحلات الخارجية وزيارة المصانع وإقامة الحفلات الترفيهية العديدة وتوزيع الهدايا والجوائز على المتفوقين من المرضى.

دور المعالج:

يجب على المعالج إشراك عدد آخر من الأخصائيين أو المساعدين فى العلاج حتى لاتقتصر مسئولية العلاج، وحتى لا يقع عبؤها كله على المعالج والمريض فقط.

ويجب على المعالج المدرك الفاهم لأهداف العلاج وقيمته أن **يشرك مرضاه** فى هذا الإدراك والفهم حتى لا يتصور المرضى أنهم موضع استغلال.

وعلى المعالج أن يراعى دقة **تحديد مدة العلاج بالعمل ووقته**، وإعداد وإثارة إقبال المريض وحماسه للعمل.

وغنى عن القول أن **تهيئة المناخ النفسى المناسب للعمل** فى الإطار العلاجى من أهم مهام المعالج النفسى، فقد يقابل حالات من الشعور بالفشل والإحباط لدى المرضى،وعليه أن يتغلب على هذا كله.

ومن المهم أن يلاحظ المعالج **مدى استجابة المريض** لهذا النوع من العلاج، وأن يسجل ما يطرأ من تغيرات على سلوك المريض، وما قد يستجد من أعراض أثناء العلاج بالعمل أو نتيجة له، حتى يعدل أو يغير نوع العمل.

ويجب أن يكون المعالج حريصا بخصوص ماقد يحدث من **طوارئ** فى قسم العلاج بالعمل، حيث توجد معدات قد تستخدم فى العدوان أو الانتحار وغير ذلك من الطوارئ. (سومر Sommer، ١٩٦٩).

فوائد العلاج بالعمل:

يمكن تلخيص أهم فوائد العلاج بالعمل فيما يلى:

* يجنب المريض الملل والسأم، ويشغل وقته ويجعل حياته مليئة بما يفيد خلال فترة العلاج.
* يقلل التوترالنفسى ويجعل المريض أقل احتياجا للمهدئات.
* يكون بمثابة نشاط جسمى ينشط المرضى الكسولين المتواكلين وينمى انتباه المريض، ويجعل اهتمامه بما حوله مستمرا، ويثير اهتمامه بشيء آخر غير أعراضه.
* يرفع روح المريض المعنوية،ويشعره أنه مازال ينتج شيئا مفيدا،ويزيد من ثقته فى نفسه وشعوره بالأمن النفسى، ويبعث أمله فى الشفاء.
* يخرج المريض بعيدا عن نفسه ويجدد اتصاله بالعالم الخارجى، ويساعد على اتصاله بالواقع والتوافق معه،ويوجه الطاقة الجسمية والنفسية للمريض إلى وجهات خارجية منتجة بدلا من توجيهها إلى التحطيم مثلا.

* يهيىء حياة اجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحي، مما ينتشل المريض من الانطواء والاستغراق فى أحلام اليقظة والتأمل فى خيالاته وهلوساته، ويفيد فى عملية التطبيع الاجتماعى للمريض.
* يحدث تغيرا فى البيئة الشخصية والانفعالية للمريض.
* قد يهيىء للمريض اتقان عمل يفيد منه بشكل جاد بعد خروجه من المستشفى، وهنا يكون للعمل فائدته من حيث تأهيل المريض مهنيا.
* يفيد في عملية التشخيص حيث يمكن فهم سلوك المريض وأعراضه ومشاعره واتجاهاته ودوافعه، وذلك بتشجيعه على شرح ما يقوم به من عمل أو تكوين أو رسم، ويقدم المعالج بعض التفسيرات حول المحتوى والشكل واللون والإنتاج الفني... إلخ.
* يساعد فى تقدم المريض أثناء العلاج، حيث يتخلص من دوافع العدوان أو النكوص ويحقق قسطا من تكامل الشخصية، ويجعل المريض أكثر تقبلا لأنواع العلاج الأخرى.
* يلاحظ أنه مع تحسن المريض مع العلاج يتحسن أداؤه فى العمل.
* يؤدى إلى انخفاض مدة إقامة المرضى فى مستشفيات الأمراض العقلية نتيجة لتطبيق العلاج بالعمل (جمال ماضى أبو العزايم،١٩٦٢).

العلاج باللعب
PLAY THERAPY

يعتبر اللعب من الطرق الهامة فى دراسة **وتشخيص وعلاج** مشكلات الأطفال. وتقول سوزانا ميلار Millar (١٩٦٧) إن العلاج باللعب استخدم حتى فى إطار طرق العلاج الأخرى. فمثلا استخدمه سيجموند فرويد فى علاج حالة «هانز الصغير»، واستخدمته هيرمين هيلموث Hellmuth في علاج الأطفال مضطربى العقل بغرض ملاحظتهم وفهمهم، واستخدمته ميلانى كلاين Klein فى علاج الأطفال كبديل للتداعى الحر فى علاج الكبار، وافترضت أن ما يفعله الطفل فى اللعب الحر يرمز إلى الرغبات والمخاوف والمباهج والصراعات والهموم اللاشعورية واستخدمت دمى صغيرة تمثل الأشخاص فى اللعب الإسقاطي،و طبقت أنا فرويد Freud اللعب كأسلوب تعليمى علاجى مع الأطفال.

الأسس النفسية للعلاج باللعب:

العلاج باللعب من الطرق الهامة فى علاج الأطفال المضطربين نفسيا. واللعب هو أى سلوك يقوم به الفرد دون غاية عملية مسبقة وعو يعد أحد الأساليب الهامة التى يعبر بها الطفل عن نفسه، ويفهم بها العالم من حوله.

ويختلف اللعب فى مراحل النمو المتتالية. ففى الطفولة نلاحظ أنه بسيط وعضلى، ثم يدخل الذكاء والتفكير فى لعب الطفل، ويفيد فى النمو الجسمى والعقلى. وفى الطفولة المبكرة يكون اللعب فى جملته فرديا، ثم يتجه إلى المشاركة مع الآخرين، ويشاهد «اللعب الإيهامى»، ثم يكون

الطفل أصدقاء اللعب وتظهر أهميته الاجتماعية فى تعلم السلوك الاجتماعى، ويتمايز لعب الذكورعن لعب الإناث. وفى الطفولة المتأخرة تظهر الألعاب الجماعية، ثم تظهر الهوايات وتبزغ الميول والاهتمامات. وفى المراهقة المبكرة تبدأ المباريات، ويسود اللعب الاجتماعى والترفيه وتتضح روح الجماعة. وفى المراهقة الوسطى والمتأخرة يظهر التمسك بقواعد اللعب وقوانينه.

ويعتبر اللعب وأدوات اللعب **انعكاسا للحضارة** التى يعيش فيها الطفل والخبرات التى يمر بها. فلم يلعب الأطفال فى القرن الماضى بالطائرات والصواريخ والكمبيوتر كما يلعب أطفالنا الآن. والبنت تدلل عروستها كما تدلل الأم طفلها.

وهناك عدد من **نظريات اللعب** تحاول تفسير لماذا لابد أن يلعب الأشخاص فى كل الأعمار. وأهم هذه النظريات ما يلى:

* **نظرية الطاقة الزائدة:** وتقول إن اللعب تنفيس غير هادف للطاقة الزائدة عند الفرد. ويمكن الاستفادة من طاقة النشاط الزائدة فى عمل مفيد بتحويلها من التنفيس غير الهادف إلى التنفيس الهادف، فمثلا بدلا من رعاية الطفلة عروسة من القماش لماذا لا ترعى أختها الصغيرة... وهكذا.
* **النظرية الغريزية:** وتقول إن اللعب يستند إلى أساس غريزى، وإنه يتيح فرصةتهذيب وتدريب وممارسة النشاط الغريزى الضرورى فى حياة الرشد، ويهيىء الفرصة لتطور السلوك السوى إلى أن ينضج عند حاجة الشخص إلى مثل هذا السلوك الناضج.ومن القرن الماضى قال جروس Groos (١٨٩٨) فى كتابه The Play Of Man إن الغريزة معلمة بعيدة النظر تعمل حساب المستقبل فتعلم الطفل عن طريق اللعب أن يعد نفسه لها. فاللعب ممارسة لنشاط المستقبل، ولذلك ينبغى أن يكون جاداً وإن كان اسمه لعبا. وينصح أصحاب هذه النظرية بضرورة تمهيد مخرج لغريزة مثل المقاتلة ودافع العدوان عن طريق اللعب خيرا من كبته وظهوره فى صورة غير مهذبةوغير مدربة فى حياة الرشد.
* **نظرية التلخيص:** وتفترض أن كل طفل يلخص تاريخ الجنس البشرى فى لعبه. ويقول أصحاب هذه النظرية إن الطفل وهو يعوم، وهو يبنى الكهوف، وهويتسلق الأشجار إنما يلخص ما كان يعمله أجداده.
* **نظرية تجديد النشاط بالتسلية والرياضة:** وتقول إن أوجه النشاط الرئيسية فى الحياة متعبة ومجهدة لدرجة تستوجب تجديد النشاط بالتسلية الرياضية. فاللعب ضرورة للترفيه بعد العمل، فهوينسى الفرد ضغط العمل، ويجدد النشاط والحيوية.

وفيما يلى بعض الملاحظات حول **التفسير النفسى للعب** من وجهة نظر العلاج النفسى:

* اللعب نشاط سار وممتع للفرد وهو حاجة ضرورية لابد أن تشبع.
* اللعب مخرج وعلاج لمواقف الإحباط فى الحياة. فالطفل الذى لا يختاره أصدقاءه فى موقف قيادى، قد يجد مخرجا فى وضع لعبه فى صف ويسيرهم ويتولى الموقف القيادى الذى افتقده. وهذا يظهر أيضاً فى مواقف عديدة. فإذا ضربت أم طفلها، فهو يود لو ضربها ردا على ضربها له ولكنه لا يستطيع ذلك فيأتى بلعبته ويضربها.

* اللعب نشاط دفاعى تعويضى، ويظهر ذلك مثلا فى حالة الطفل الذى يفضل اللعب خارج المنزل حيث يمكنه اللعب مع رفاقه مع تعويض ما يفتقده من عطف واهتمام وإمكان الظهور داخل المنزل.
* اللعب الإيهامى المفرط يدل على فشل فى التوافق مع الحياة الواقعية.
* اللعب يمكن اعتباره بمثابة تمثيلية موضوعها متاعب الطفل، وهدفها التخفف من القلق الناجم عن هذه المتاعب.

وهكذا نلمس **الأهمية النفسية للعب وأدوات اللعب**. ويمكن تلخيص ذلك فيما يلى:

* يمكن دراسة سلوك الطفل عن طريق ملاحظته أثناء اللعب ومن ثم يمكن تشخيص مشكلاته وعلاجها.
* يفيد اللعب فى النمو الجسمى والعقلى والاجتماعى والانفعالى للطفل، فهو يقوى عضلاته، ويطلق طاقاته العصبية، ويتعلم خلاله الكثير من المعلومات ويتعلم المعايير الاجتماعية وضبط الانفعالات، ويتعلم النظام الذاتى والتعاون والقيادة.
* يفيد اللعب فى إشباع حاجة الطفل إلى التملك حين يشعر أن هناك أجزاء من بيئته يمتلكها ويسيطر عليها فى حرية واستقلال منفسا عن مشاعره واتجاهاته.
* يمثل اللعب استكمالا لبعض أوجه النشاط الضرورية فى حياة الفرد. فالعمل المتواصل دون لعب ينمى جزءا من الشخصية ويترك أجزاء أخرى دون تدريب، واللعب هو الذى يكمل ذلك.
* يعتبر اللعب «مهنة الطفل» ويعبر عن ذلك بأن «الأطفال عمال صغار». واللعب يشعر الطفل بالاستمتاع بطفولته. ولذلك يجب ألا نجعل الأطفال يسبقون الزمن ويصبحون رجالا صغارا بسرعة قبل أن ينتهوا من طفولتهم. فلندعهم يلعبون ويستكشفون ويتعلمون قبل أن «ينشوا ياقاتهم».

حجرة اللعب:

تخصص فى **العيادة النفسية** حجرات خاصة للعب تضم لعبا متنوعة الشكل والحجم والموضوع، وتمثل الأشخاص والأشياء الهامة فى حياة الأطفال والتى توجد فى مجالهم السلوكى.

ومن **أمثلة اللعب** التى تضمها حجرة اللعب: العرائس والدمى التى تمثل أعضاء الأسرة ورجال الشرطة وغيرهم، واللعب التى تمثل الحيوانات المختلفة، وقطع خشبية ومعدنية لبناء البيوت، وقطع الأثاث المنزلى،ولعب تمثل البنادق والمسدسات، وقطع من القماش تمثل الملابس والمفروشات، وقوارير وأوانى، ولعب تمثل وسائل المواصلات المختلفة، وأحواض الرمل والماء والدلو والجاروف، والأشجار

و الحبال، وطين الصلصال، وأقلام وألون وورق للرسم. وإلى جانب ذلك قد توجد أدوات مثل الأرجوحة «والأراجوز» وغير ذلك.

وعلى العموم فإن **المعالج يختار** من بين هذه اللعب ما يناسب عمر الطفل ومشكلته.

ويلاحظ أن من المهم أيضاً ملاحظة سلوك الطفل أثناء **اللعب خارج حجرة اللعب** وخارج جلسات العلاج حين يعود الطفل إلى بيته وأسرته مصدر مشكلاته في غالب الأحيان.

أهمية اللعب في التشخيص:

يلاحظ من الناحية التشخيصية أن الطفل المضطرب نفسيا يسلك في لعبه سلوكا يختلف عن الطفل العادي كوسيلة للاتصال بالطفل واستثارته للتعبير الرمزي عن خبراته في عالم الواقع. ويعتبر كثير من لعب الأطفال **تعبيرا عن مشكلاتهم** وصراعاتهم التي يعانون منها أثناء لعبهم. فالطفل يسقط على الدمى واللعب انفعالاته تجاه الكبار والتي لا يستطيع اظهارها خوفا من العقاب أو توقعه، وهذا يسهل تشخيصها ومعرفة أسبابها النفسية.

ويمكن للمعالج بملاحظة الأطفال وهم يلعبون مع بعض الدمى أو وهم يرسمون، وبملاحظة كيف يعامل الأطفال بعضهم بعضا، وكيف يعاملون أدوات اللعب، وبملاحظة الأحاديث والحركات والانفعالات التي تصاحب اللعب، يمكنه أن **يكشف عن رغباتهم وحاجاتهم ومخاوفهم ومشكلاتهم**، وخاصة في حالة التكرار الزائد والاهتمام المفرط بأشياء معينة والعدوان الطاغي والسرقة واضطرابات الكلام والعنف أو قلة النشاط أو فجاجة السلوك.

وأثناء اللعب نجد أن **الطفل يتوحد** مع أحد أفراد الأسرة من اللعب. ويستطيع المعالج أن يتصور المناخ الانفعالي للأسرة، ومن ثم يستطيع أن يفهم مشاعر الطفل الظاهرة والخفية، وأن يتعرف على اتجاهاته العائلية التي لا يستطيع التعبير عنها بالكلام أو التي لا توجد وسائل أخرى غير اللعب يمكن أن تكشف عنها.

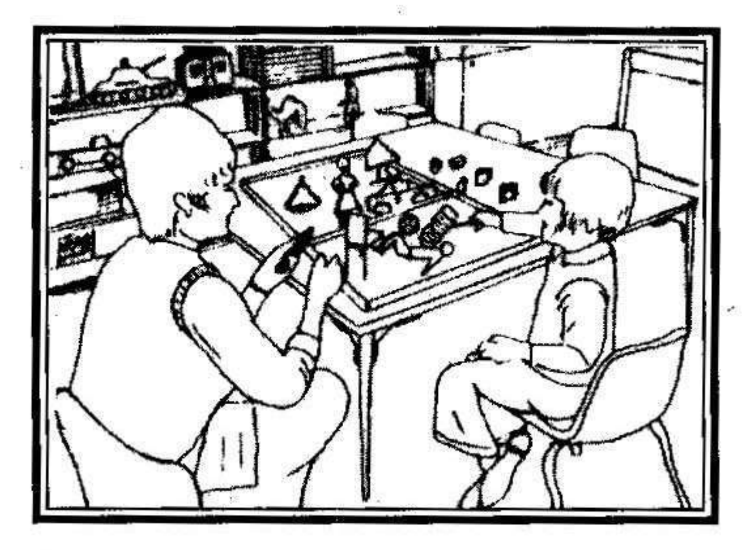
ويركز أخصائيو العلاج باللعب على أهمية **التعبير الرمزي** في اللعب حيث يقص الطفل قصصا واضحة المغزى عن موقفه مع والديه وإخوته ورفاقه، وعن مدى تعلقه العاطفي بهؤلاء، وعن مبلغ خوفه من العقاب مما له أهمية بالغة في تشخيص اضطرابه.

وفيما يلي **أمثلة** لما يلاحظه المعالج أثناء لعب الأطفال ويستفيد منه في عملية التشخيص: عمر رفاق اللعب (أصغر أم أكبر)، عدم الاستمتاع باللعب، الاندفاع العدواني والتوتر والضيق وتحطيم اللعب، تفضيل اللعب منفرداً، القيادة والتبعية في اللعب، مخاطبة أدوات اللعب، ضرب الدمى، الانتقال السريع من لعبة إلى أخرى، التعبير بالرسم عن الشخصيات (مثلا زوجة الأب في شكل عقربة) وبالألوان (غالبية اللون الأسود مثلا).. إلخ. (وسيأتي تفصيل ذلك في العلاج بالفن).

وقد يستخدم المعالج بعض **اختبارات اللعب الإسقاطية** كوسيلة هامة فى عملية التشخيص[1] حيث تستخدم دمى مقننة ومواقف محددة فى اختبارات الشخصية وغيرها.

استخدام اللعب فى العلاج:

اللعب إلى جانب فائدته التشخيصية، يعتبر **أسلوبًا علاجيا** هاما للأطفال المشكلين أو المضطربين نفسيا حيث تتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب ويتيسر له ضبط وتوجيه سلوكه.




شكل (١١٠)
العلاج باللعب

وفى العلاج باللعب يعطى الطفل أدوات اللعب الموجودة فى حجرة اللعب أو تتاح له فرصة اللعب على آلة موسيقية، أو يلعب مع رفاقه لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية... وهكذا (انظر شكل ١١٠).

ويكون المعالج **العلاقة العلاجية** بالطفل من اللحظة الأولى التى يصحبه فيها إلى حجرةاللعب، إذ يعامله بتسامح وعطف وثقة تاركا له الحرية فى أن يلعب بالأشياء التى يرغبها وبالطريقة التى يراها دون خوف أو لوم أو عقاب، وهذا يؤدى إلى زوال القلق وخفض التوتر مما يزيل الدفاعات التى يلجأ إليها الطفل عادة.

ويعتبر العلاج باللعب **فرصة ممتازة لنمو الطفل**. ففى إطاره يكون الطفل هو أهم شخص، وهو المسيطر على نفسه وعلى الموقف، لا أحد يصدر إليه أوامر ولا أحد يتدخل فى شئونه، ولا أحد ينتقده ولا أحد يقترح شيئا ولا أحد يعاقبه، وهوهنا يشعر أنه ينظر إلى نفسه نظرة واقعية لأنه مقبول تماما، وهنا يستطيع أن يعبر عن نفسه بحرية تامة وانطلاق كامل لأن هذا عالمه الذى لا يشاركه فيه

(١) من أمثلة اختبارات اللعب الإسقاطية: اختبار العالم، واختبار المشهد أو المنظر (انظر سيد غنيم وهدى برادة ١٩٦٤).

الكبار مصدر السلطة، أو الصغار المنافسون. أنه هنا يشعر أنه فرد له كيانه، يتمتع بكل الحقوق، إنه يستطيع أن يقول أى شىء يريده ويستطيع أن يفعل ما يحلو له. إنه مقبول تماما. (موزر وموزر Moser and Moser، ١٩٦٣).

وفى بعض الأحيان قد يلجأ المعالج إلى اتخاذ **موقف تعليمى** أو تدريسى مباشر حين يشعر أن الموقف يتطلب ذلك. إلا أننا ننصح ألا يتخذ المعالج موقف الناصح أو الواعظ لأن الطفل قد ثار ضد الوالدين لهذا السبب نفسه.

أما عن **مشاركة المعالج فى اللعب**، فقد يشارك وقد لا يشارك. وهو حين يشارك الطفل فى اللعب فى جو سمح يسوده العطف والثقة والتقبل فقد يتخذ موقفا إيجابيا فيصمم لعبة معينة ويبدأ هونفسه باللعب مشجعا الطفل على الاشتراك معه. وهنا يعكس المعالج مشاعر الطفل ويوضحها له حتى يدرك نفسه ويحدد إمكاناته ويصبح بالتدريج قادراً على أن يفهم ويحقق ذاته ويفكر لنفسه بنفسه ويتخذ قراراته بنفسه دون الاعتماد على المعالج.وقد يكون اللعب حراً حيث لا يشارك المعالج الطفل فى اللعب تاركا له الحرية التامة فى أن يلعب بالأشياء التى يرغبها على سجيته وبالطريقة التى يراها دون تهديد أو خوف أو لوم أو استهجان أو عقاب. وقد يتخذ المعالج موقفا سلبيا، فيكتفى بتهيئة المناخ المناسب للعب وبملاحظة الطفل وهو يلعب دون أن يشترك معه فى اللعب، على أن يتدخل بالتدريج ويقدم تفسيرات بسيطة مع استمرار الطفل فى اللعب، وهذا الموقف الأخير يتخده عادة المعالجون الذين يتبعون طريقة العلاج غيرالموجه أو المركز حول العميل.

ويعتبر اللعب وأدوات اللعب مثيرات تجعل الطفل يتكلم أو يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية مما يتيح فرصة **التعبير والتنفيس الانفعالى** عن التوترات التى تنشأ عن الصراع والإحباط. فعندما يعطى الطفل أدوات اللعب فإنه يبدأ فى التعبير عن مشكلاته التى قد لا يستطيع التعبير عنها لفظيها أو على المستوى الشعورى. وقد يلجأ المعالج إلى توجيه بعض الأسئلة للطفل أثناء لعبه، وقد يشجعه على تكرار موقف أو مواقف تمس مشكلاته الانفعالية، فيعبر الطفل عن انفعالاته ويفرغها تفريغا، كما يستطيع أن يجد حلولا لصراعاته وأن يصل إلى حل لمشكلته. ويلاحظ أن المعالج يمكنه أن يفسر لعب الطفل على النحو الذى يفسر به تداعى المعانى عند الكبار.

ويجب أن **يكون المعالج حساسا** لما يقوم به الطفل من أنماط السلوك المختلفة وأن يستجيب له بطريقة مناسبة. ويعلق المعالج عادة على الطريقة التى يلعب بها الطفل ويفسر له دوافعه ومشاعره بطريقة تتناسب مع عمره وحالته. ويستغل المعالج كل فرصة لتنمية وتقوية عادات جديدة مفيدة بدلا من العادات السلوكية القديمة. وحيث أن اللعب يعتبر تعبيراً رمزيا عن المخاوف اللاشعورية، فإن تكرار اللعب يعين الطفل على تحمل الخوف، فالألفة بالشىء تذهب بالخوف منه وتجعل الطفل يعتاده.

ويلاحظ أن المعالج قد يصبح موضوعا لعملية **تحويل** يسهل على الطفل أن يظهر عدوانه نحو والديه. وفى حالات أخرى يكون المعالج قادرا على مساعدة الطفل عن طريق إيضاح هذه النواحى العدوانية للوالدين وتعريفهم بطرق التغلب عليها.

وعلى العموم فإن نجاح العلاج باللعب يتوقف على **شخصية المعالج** وقدرته على أن يضع نفسه موضع الطفل وعلى ألا يقف موقف المعارض أو المندهش أو المشفق أو المرتاب أو المحقق أو المتحدى أو المشمئز.

وقد يشرك المعالج **الوالدين** معه، ويتم ذلك فى اجتماعات ينظمها المعالج ويحضرها الوالدان وكذلك سائر أفراد الأسرة إذا تسنى هذا.

فوائد العلاج باللعب:

والآن يمكن أن نلخص فوائد العلاج باللعب فيما يلى:

* يتيح اللعب فرصة للتعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والمشاعر والصراعات والإحباطات وعدم الأمن والقلق والتصريف والتنفيس الانفعالى وإزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء أخرى بديلة والتعبير عنها تعبيراً رمزيا مما يخفف التوتر الانفعالى عند الطفل.
* يبين اللعب للطفل أن ما لديه من مخاوف ومشاعر بالذنب واتجاهات عدوانية ليست من الخطورة كما يجسمها له خياله فتخف وطأتها وتقل حساسيته لها.
* يعلم الطفل كيف يعبر عن خوفه وغضبه بصورة واقعية.
* قد يساعد الطفل على الاستبصار فى متاعبه ومعرفة أسبابها، كما يعينه على إيجاد حلول لها مع والديه وإخوته.
* قد يترتب عليه أن يتقدم المعالج باقتراحات إلى الوالدين لزيادة فهمهما ولتغيير موقفهما بالنسبة للطفل.
* قد تتضح للطفل أثناء لعبه قدرات ومواهب لديه كانت خافية عنه مما يزيد معرفته بنفسه، وثقته بنفسه، أو يعين فى توجيهه وفى علاجه.
* يتيح خبرات نمو بالنسبة للطفل فى أفضل الظروف، وبذلك يعتبر موقف تعلم ممتاز بالنسبة للطفل.
* يستطيع الطفل عن طريق خبرة العلاج باللعب، ومن خلال العلاقة العلاجية بينه وبين المعالج أن يكشف عن ذاته الواقعية للمعالج، وعندما يشعر أنها مقبولة، تزداد ثقته فى نفسه، ويستطيع تعزيز وتدعيم شخصيته.
* يعتبر اللعب بديلا لما لايستطاع القيام به من سلوك فى الحياة الواقعية.
* يفيد العلاج باللعب فى الأغراض الوقائية، وذلك مثلا عن طريق تقديم الطفل لخبرة ميلاد طفل جديد حتى نقيه شر ردود الفعل المعروفة حين يفاجأ بهذا الميلاد.

العلاج النفسي المختصر

BRIEF PSYCHOTHERAPY

بذل العلماء جهودا عديدة لإيجاد شكل من العلاج النفسي **أقل تعقيدا** ويستغرق وقتا أقصر من الوقت الذي تستغرقه طرق العلاج النفسي المطول أو طويل الأمد Long-term psychotherapy وبصفة خاصة التحليل النفسي. وهكذا تم التوصل إلى «العلاج النفسي المختصر» Brief or short-term psychotherapy. (ستراكر Straker، ١٩٦٨، بودمان وجورمان Budman & Gurman، ١٩٨٨).

ويعرف العلاج النفسي المختصر بأنه العلاج النفسي الذي يستغرق ما بين ٢ - ٢٠ جلسة تقريبا. ويكون في بعض الحالات «محدد الوقت» (Time-limited Psychotherapy) (روزينبوم وآخرون Rosenbaum et al، ١٩٩٠).

ولقد أصبح العلاج النفسي المختصر شائعا في **العيادات الخارجية**. وكانت نشأته أصلا بهدف علاج المشكلات المتزايدة وبأمل تحسين الخدمات والعناية بالمرضى. ويرى البعض أنه يجب العناية بأساليب العلاج النفسي المختصر لمقابلة مطالب الشعب في العلاج النفسي والعلاج النفسي الخارجي بصفة خاصة.

هذا، ويجب التغلب على فكرة ضرورة العلاج النفسي المطول. ويجب في نفس الوقت التخلص من فكرة احتمال الخطورة من استخدام العلاج النفسي المختصر وخاصة إذا توافرت **خبرة ودقة المعالج** حتى يتحاشى الخطأ الذي قد يترتب عليه مضاعفات نفسية.

ويلاحظ أن طرق العلاج النفسي المختصر تكون عادة أكثر صعوبة من العلاج النفسي المطول.

ومن أهم **أهداف العلاج النفسي المختصر** تحقيق الحاجات وحل الصراعات الشخصية والأسرية والاجتماعية، حيث يقوم المعالج أساسًا بتوضيح المشكلات وتوضيح دفاعات المريض وطرق حل المشكلات ومساعدة المريض حتى تمر الأزمة التي تعترض حياته الآن، ويعلمه كيف يتغلب على مشكلاته في المستقبل. ويجب أن يوجه العلاج نحو أهداف يمكن تحقيقها، وإنهاء العلاج في الوقت المناسب وتشجيع المريض أن يحل مشكلاته وحده دون مساعدة. (ويلز وجيانيتي Wells & Gianetti، ١٩٩٠)

وتعتمد كل أشكال العلاج النفسي المختصر على **اختيار والتركيز على أهم نواحي حياة المريض اتصالا بمشكلاته** التي يواجهها والأعراض التي تميز مرضه، حتى يتم إحداث التغير اللازم في حياته وسلوكه.

وفيما يلي أهم **أشكال العلاج النفسي المختصر**:

التحليل النفسي المختصر:

رأينا أن من أهم مشكلات التحليل النفسي التقليدي طول الوقت والجهد الذي يستغرقه لتصفية المواد ذات القيمة التي تنفع في العلاج. ومن ثم ظهرت **الحاجة الملحة لتقصير مدة العلاج**

بالتحليل النفسى. وقامت محاولات كثيرة لابتداع طرق تحليلية مختصرة أو قصيرة الأمد ترمى إلى تحقيق هدفين هما:

* إضعاف مقاومة المريض.

* انتقاء الجوانب ذات الأهمية الخاصة فى نشأة المرض وتركيز الاهتمام عليها فى التحليل.

ومن أشكال التحليل النفسى المختصر ما يتمشى مع القواعد التقليدية للتحليل النفسى. ومنها ما لا يقبل الأسس النظرية للتحليل النفسى بحذافيرها. ومن أصحاب هذه الطرق كارين هورنى Horney ، وهى وغيرها لا يعيرون ماضى المريض ما يستحق من تحليل، بل يكتفون بدراسة المريض فى وضعه الحاضر، وما يتخذه المريض من أساليب لحل مشكلاته، ويرون فى هذا اختصارا لمدة العلاج.

ولجأ بعض المحللين مثل أليكساندر Alexander إلى التحليل النفسى المختصر الذى **ينحصر فى تطبيق** تفسيرات التحليل النفسى على الصعوبات والأحداث المتعلقة بتاريخ حياة المريض الذى يرويه، وحيث يهيىء المحلل مناخا آمنا مرنا يستطيع فيه المريض أن يعدل عاداته العصابية بسرعة. ويستمر هذا الشكل من التحليل لعدة جلسات يتراوح عددها بين ٣ - ٦٠ جلسة تفصل بينها فترة تتراوح بين بضعة أيام وبضعة شهور.

وقد حقق التحليل النفسى المختصر **نجاحا ملحوظا** فى حالات كثيرة وخاصة عندما يركز المعالج على أسباب المرض بقدر ما يركز على أعراضه، ومن ثم ينظر إليه المتحمسون له على أنه عملية قوية المفعول وأكثر اقتصادا.

ولكن **ثبات نتائجه غير مضمون**. فلا يمكن للتحويل أن يتطور ولا أن يحلل تحليلا كاملا. هذا فضلا عن أن التفسيرات المبنية على معلومات قليلة تكون أقرب إلى الفروض. وفى حالة فشل نتائج التحليل، فمن المحتمل أن يفسد ذلك أى تحليل نفسى لاحق للمريض. ولذلك يجب ألا يقوم بالتحليل النفسى المختصر إلا محللون أكفاء، وعند استحالة إجراء تحليل نفسى تقليدى لأسباب خارجية.

التحليل التنويمى الإيحائى: Hypnoanalysis

كان **التنويم الإيحائى** Hypnosis (أو ما يعرف باسم التنويم المغناطيسى) معروفا أيام القدماء المصريين، أما استخدامه الحديث نسبيا فقد ارتبط باسم **أنطون** ميسمر Mesmer فى القرن الثامن عشر. (مارسون، ١٩٦٧).

وقد كان **سيجموند فرويد** Freud يعتمد فى أول ممارسته للتحليل النفسى فى أواخر القرن الماضى على التنويم الإيحائى الذى تعلم تطبيقاته على يد شاركو Charcot فى فرنسا. وقد وصف فرويد بالاشتراك مع بروير Breuer دراسة عن الهستيريا أوضحا فيها كيف أمكن عن طريق التنويم

الإيحائى إحداث التفريغ والتطهير الانفعالى للمواد المكبوتة وكيف أمكن بذلك إزالة أعراض الهستيريا.

ثم فطن فرويد إلى **عيوب التنويم الإيحائى** ومنها أن بعض المرضى لا يمكن تنويمهم، وأن الشفاء الناتج عنه يكون وقتيا وقاصرا على إزالة الأعراض ولا يتناول الأسباب، وفطن إلى أهمية العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج فبدأ يستخدم **الإيحاء أثناء اليقظة** waking suggestion وهذا قد يكون خارجيا مصدره شخص آخر أو ذاتيا مصدره الشخص نفسه، وأهم ما فيه الاسترخاء.

وقد تنبأ فرويد باحتمال العودة إلى هذه المناهج القديمة، بسبب الاستحالة المادية لتطبيق التحليل النفسى على كافة المرضى الذين يحتاجون إليه. كما أنه لم ينقطع طوال حياته عن الاهتمام بالتنويم الإيحائى والإيحاء، وقد تحقق هذا تحت اسم **التحليل التنويمى الإيحائى**. وقد شهدت السنوات الأخيرة من القرن الماضى استخدام التنويم الإيحائى فى علاج الأمراض النفسية وخاصة الهستيريا حيث كان يستعان به فى استرجاع الذاكرة المفقودة وتذكر الصدمة التى سببت المرض.

ويشتمل التحليل التنويمى الإيحائى على عناصر أهمها:

التنويم الإيحائى: Hypnosis [1]

وهو إحداث حالة **تركيز شديد فى شكل** نوم صناعى يتغير فيها انتباه المريض تغيرا مؤقتا ويتميز بزيادة شديدة فى قابليته للإيحاء أو الاستهواء فيقبل الإيحاءات الموجهة إليه من المنوم بسهولة ويعمل على تحقيقها بقوة تفوق الحالة العادية.

والمبدأ الرئيسى هنا هو مثير متكرر يصاحبه إيحاء مستمر بالاسترخاء (عقليا وجسميا) والنوم. وهذا يتضمن تثبيت الانتباه الشعورى ويصبح المريض فى حالة يفقد فيها العالم أهميته ويهتم دون وعى منه بشخصية المعالج إذ تنشأ بينهما علاقة من التحويل.

وعلى المعالج أن يقدر مدى **قابلية المريض للتنويم** وأن يهيىء الجو المناسب لإحداث التنويم وأن يحدد أهدافه من العملية تماما.

أما عن **طريقة التنويم** فلها عدة أشكال أشيعها أن يطلب المعالج من المريض الاسترخاء عقليا وجسميا فى راحة تامة (مستلقيا أو مضطجعا) [2] فى مكان هادىء خال من المثيرات الحسية الشديدة، ويطلب منه أن يثبت عينيه على جسم براق أمامه يرتفع قليلا عن مستوى النظر حتى

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى التنويم الإيحائى ما يلى:

- American Journal of Clinical Hypnosis.
- International Journal of Clinial and Experimental Hypnosis.
- Journal of the American Institute of Hypnosis.

(٢) يمكن إحداث التنويم حتى والمريض واقف.

يحدث كلل بصرى. وبصوت خافت بطيء منتظم وتير متكرر يوحى المعالج للمريض أنه سينام عما قريب وأن أطرافه سوف تتراخى أكثر فأكثر وأنه سيشعر بالتعب والخدر وأن جفونه ستثقل وتنغلق [1]... إلخ. ويكرر المعالج هذه الأقوال فى تأكيد وثقة تامة، وعندما يلاحظ أن المريض بدأ فى الاسترخاء وأن جفونه تثاقلت يقوله له إنه سوف ينام قبل أن يعد من ١٠ ـ ١ وأنه سوف ينام قبل الوصول إلى ١. ويبدو النوم طبيعيا فيما عدا يقظة جزئية تجعل النائم على علم بما يحيط به منفذا لتعليمات المنوم، ويستطيع أن يتكلم دون أن يصحو. وقد يكون الاسترخاء خفيفا أو متوسطا أو عميقا. ويساعد النوم العميق على سبر غور اللاشعور واستخراج المواد المكبوتة والمنسية.

وهكذا يتعلم المريض كيف «ينام» بسرعة بناء على إيحاء من المعالج وكيف ينفذ إيحاءات المعالج بسرعة بعد التنويم وأن يحكى الذكريات المنسية دون صعوبة. وبعد هذا التدريب يستخدم **طريقة التداعى الحر**. ويلاحظ أنه فى الفترات الواقعة بين جلسات التنويم، يتابع التحليل بالاهتداء بما أسفرت عنه الملاحظة أثناء التنويم.

وقد قارن مارسون (١٩٦٧) بين **النوم الإيحائى والنوم الطبيعى**، ويذكر أن التنويم عملية فسيولوجية بدليل حدوثها فى الحيوان كما تحدث فى الإنسان. ويقول إنه فى رأى بافلوف Pavlov أن كلا من التنويم الإيحائى أو النوم الطبيعى ليس سوى مظهر لعملية هبوط تنتشر فى القشرة المخية. ويلاحظ أن الأشخاص المنومين إيحائيا قد ينقلون إلى النوم الطبيعى. كذلك يمكن للأشخاص النائمين طبيعيا أن ينوموا تنويما إيحائيا بهمس إيحاءات فى الأذن.

هذا ويلجأ بعض المعالجين إلى استخدام بعض **العقاقير** المخدرة فى عملية التنويم، على أن يستخدم الإيحاء قبل أن يفيق المريض من تأثير المخدر.

أما عن **القابلية للتنويم الإيحائى**، فيلاحظ أن حوالى ٩٠٪ من الأشخاص هم الذين لديهم قابلية للتنويم الإيحائى بدرجاته الثلاث الخفيف والمتوسط والعميق. (ميلانى كلاين Klein، ١٩٦٠). ويساعد على **زيادة القابلية للتنويم الإيحائى** ما يلى: سلامة العقل والجسم، والإخلاص فى إطاعة تعليمات المنوم، والاستسلام التام وعدم مقاومة تأثير التنويم، وتركيز الانتباه على الإيحاءات التى يلقيها المنوم دون غيرها من الأمور. **وتقل القابلية للتنويم الإيحائى** للأسباب الآتية: وجود رغبة لاشعورية فى مقاومة التنويم، والقلق بخصوص عملية التنويم، والاستهزاء بالتنويم والتشكك فى قيمته، والضعف العقلى. وهناك بعض **الاختبارات القبلية** لقياس مدى استعداد المريض للتنويم الإيحائى منها اختبارات التثاؤب حيث يلاحظ المعالج درجة سهولة أو صعوبة والزمن المستغرق لجعل المريض يتثاءب بالإيحاء.

وهناك عدد من **مساعدات التنويم الإيحائى**. وتعتبر الأحوال الآتية ملائمة ومساعدة على إحداث التنويم الإيحائى:

(١) قد تظل عينا المريض فى أثناء التنويم مفتوحتين ولكنهما تكونان غير مركزتين على شىء معين.

* الراحة النفسية التامة.

* توافر الهدوء النفسى.

* خلو الجو من مثيرات الحواس. فيجب أن تكون الإضاءة خافتة والضوضاء معدومة، والجو ملائما.

* التأثير الفسيولوجى للأصوات والإحساسات الرتيبة الوتيرة يكون كمخدر للمخ حيث يسكن نشاط الحواس، ويهدىء العمليات العقلية العليا.

* زيادة أهمية واعتبار ومكانة المنوم فى نظر المريض وقوة العلاقة بين المنوم والمريض.

ونظرا لأن البعض يتقنون ظواهر النوم الإيحائى، كان لابد من إجراء **اختبار النوم الإيحائى**، بأن يفحص المنوم صحة الظواهر البادية على المريض أثناء النوم. وقد أورد ماركيوس Marcuse (١٩٥٩) عددا من الاختبارات للتأكد من نوم المريض فعلا وهى:

* اختبار كلل العضلات الصغيرة كعدم إمكان فتح جفون العينين.

* اختبار كلل العضلات الكبيرة كعدم إمكان النهوض.

* اختبار فقد الإحساس بالألم كعدم الإحساس بشكة دبوس أو بصدمة كهربائية وعملية جراحية صغيرة.

* اختبار الخداع كتذوق ليمونة على أنها برتقالة أو شم رائحة كالنوشادر على أنها رائحة مفضلة.

* اختبارات الهلوسات كأن يوجه إليه أنه يدرك أن بجانبه قطة (غير موجودة أصلا) فيبدأ فى تدليلها (فى الهواء)، أو أنه لن يرى «فلانا» أو شيئا موجودا فعلا فى الحجرة فينكر وجوده. وأنه لن يسمع صوتا عاليا يحدث فعلا... إلخ.

* اختبار إيحاء ما بعد التنويم كأن يوحى إليه أنه بعد التنويم سيخلع حذاءه مثلا عندما يقوم المنوم بإصدار إشارة معينة مثل إمرار يده فوق شعره أو إخراج منديله من جيبه أو ما شابه ذلك.

* اختبار النسيان كأن يوحى إلى المريض أنه بعد التنويم سوف ينسى كل ما جرى أثناءه.

الإيحاء (الاستهواء): Suggestion

الإيحاء أو الاستهواء هو العملية التى يؤثر بها شخص فى آخر تأثيرا مباشرا فيجعله يتقبل رأيا أو فكرة أو اعتقادا دون مناقشة أو أمر أو إجبار. والإيحاء من أقدم الوسائل التى استعملت فى علاج الأمراض النفسية.

والعلاج بالإيحاء جوهره غرس فكرة أو اعتقاد أو استثارة شعور فى نفس المريض الموحى إليه. ويتوقف العلاج بالإيحاء على ثقة المريض فى المعالج والعلاقة العلاجية الطيبة بينهما.

وتلغى الأعراض المختلفة باستخدام **الإيحاء المباشر**. فمثلا يمكن استعادة الذاكرة، ويمكن التخلص من أعراض الهستيريا مثل الشلل الهستيرى والصرع الهستيرى... إلخ، ويفيد أيضا فى علاج الوساوس والقلق واضطرابات الكلام.

وحديثا يستخدم الإيحاء فى الطب الباطنى مثلما تستخدم العقاقير الوهمية والفيتامينات... إلخ، جعل المريض فى حالة نفسية طيبة. ويستخدم كذلك لإزالة الخوف والقلق ورفع الروح المعنوية العمليات الجراحية الكبيرة وتقليل الألم بعد هذه العمليات. كذلك يستخدم التنويم الإيحائى لجراحات الصغيرة وجراحة الأسنان وبعض عمليات العظام وعمليات الغيار المؤلمة على الحروق ى الجراحة القيصرية، وفى الحالات التى يكون استخدام العقاقير المخدرة فيها خطيرا على صحة ض، أو فى حالات الطوارىء حيث لا يوجد مخدر أو لا يمكن فيها التخدير. ويستفاد من حاء والتنويم الإيحائى فى إحداث حالة نكوص زمنى حيث يوحى إلى المريض بأن يرجع إلى زمنية سابقة يستعيد فيها الموقف الصادم انفعاليا الذى سبق أو عاصر الفترة الزمنية السابقة التى ث فيها، أو إحداث حالة تقدم زمنى حيث يتخيل المريض مواقف مستقبلية ترتبط بحالته، أو ان به فى تحليل الأحلام، وكذلك فى ما بعد التنويم.

والقابلية للإيحاء Suggestibility هى مدى تقبل الآراء والأفكار والاعتقادات دون نقد أو شة أو تمحيص وخاصة إن كانت صادرة من شخص ذى تأثير ونفوذ. وهى حالة من الاعتماد سى على شخص آخر حيث يتشرب أفكاره فى سلبية ويتقبلها دون نقد أو مناقشة. ويقال عن لية للإيحاء نفس ما قيل بالنسبة للتنويم الإيحائى.

وفى حالة التنويم الإيحائى يخف صوت الشعور بالواقع ويشعر المريض بكل ما يطالبه به المعالج كده له. وقد ذكرنا أن الشخص أثناء النوم الإيحائى يستطيع أن يسترجع ذكريات وخبرات ترجع تاريخ سابق من حياته ما كان يستطيع أن يسترجعها وهو فى حالة اليقظة. وهنا قد يعثر المعالج ما قد يكون متصلاً بالمرض.

وقد يلجأ المعالج إلى **إيحاء ما بعد التنويم** حيث يوحى إلى المريض وهو تحت تأثير التنويم يقوم بعمل معين بعد أن تنتهى حالة التنويم دون معاودة تذكيره بها. ويستفاد أيضا من إيحاء ما التنويم فى تسهيل عملية التنويم مستقبلا بأن يوحى للمريض بأنه سوف ينام فى المرات القادمة سماع أو رؤية صوت أو إشارة معينة.

يحدث **الإيحاء فى حالة النوم**. ففى حالة النوم الإيحائى تتضخم القابلية للإيحاء. ويوحى المريض أثناء نومه أن حالته ستتحسن بكل تأكيد وأنه يتماثل للشفاء وذلك كى يقوى أمله فى ء مما يكون له أثر بالغ فى التمهيد للشفاء الفعلى. وفى حالة النوم يتسع مجال الذاكرة فيستطيع ى أن يتذكر مواقف وخبرات حدثت فى طفولته المبكرة.

هاء حالة النوم الإيحائى:

. تنتهى حالة النوم الإيحائى من تلقاء نفسها فى حالة النوم الخفيف بمجرد أن يترك المنوم النائم در إليه المنوم تعليمات بالاستيقاظ. أما فى حالة النوم العميق فلابد من **إصدار تعليمات** حيا بالاستيقاظ وإنهاء حالة النوم. وقد يستخدم فى ذلك الإيحاء فقط، وقد يتعين المنوم

ملاحظات على حالة التنويم الإيحائى:

هناك ملاحظات على حالة التنويم الإيحائى أهمها ما يلى:

* **الوقت** الذى تستغرقه عملية التنويم يختلف حسب حالة واتجاه المريض، ومهارة وصبر المعالج، والغرض من التنويم هل هو علاجى أم تجريبى ... إلخ. ويتراوح الوقت حسب قابلية المريض للإيحاء من بضع ثوان أو دقائق إلى عدة محاولات قد تستغرق وقتا أطول.

* قد يضطر المعالج إلى **اختيار طريقة التنويم** التى تناسب شخصية المريض، فقد يضطر إلى استخدام طريق الصوت الدافىء الصديق أو الصوت المتحكم المسيطر.

* قد تستخدم **المساعدات الميكانيكية** فى إحداث التنويم الإيحائى مثل الأضواء أو التسجيلات... إلخ. ويرى المؤلف أنه يمكن استخدام جهاز تسجيل وسماعة أذن تنقل ما سجل على شريط من تعليمات التنويم.

* قد تستخدم **العقاقير الوهمية** مثل «حبوب التنويم الإيحائى» Hypontic pills (وهى فى الواقع حبوب سكر وملبس عادية) كمساعد فى عملية التنويم الإيحائى.

* يمكن فى حالة الأفراد القابلين للتنويم الإيحائى الاستفادة من الإيحاء فى أثناء التنويم أنه فى **المرات القادمة** سوف يستغرق فى النوم بدرجة أسرع (ربما خلال ثوان) وأن نومه سوف يكون أعمق.

* **ينبغى** أثناء حالة النوم الإيحائى ذكر أن المريض لن يدخل فى حالة نوم إيحائى من تلقاء نفسه فى أى مرة. ويحسن أيضا أن يقول له المعالج عند انتهاء التنويم أنه كان خبرة سارة وأنه أحسن بكثير الآن وأن عمله سيتحسن وأن سلوكه سيكون أفضل... إلخ.

التحليل والتنويم:

أما عن **تكامل التنويم الإيحائى مع التحليل النفسى** فالأمر فيه بعض التفاوت. فمثلا قد يستخدم تحليل التحويل أو لا يستخدم. ومن العناصر المشتركة بين هذه الطرق اتفاقها على استخدامها التنويم الإيحائى لمحاصرة المقاومة. ويستخدم البعض التداعى الحر حتى يقضى على المقاومة ثم يضع المريض فى حالة التنويم الإيحائى ليحصل على باقى المواد المحتجزة. وفى التحليل التنويمى يستخدم التنويم الإيحائى كوسيلة للكشف عن المواد المكبوتة واستعراضها فى مستوى الشعور وتحليلها بالإيحاء المباشر. ويلاحظ أن من الاستخدامات الأخرى للتنويم الإيحائى ما هو عكس هذا، أى استخدامه كوسيلة للإيحاء لتغطية المواد الصادمة. ففى التحليل التنويمى يعتبر استخدام التنويم الإيحائى وسيلة لغاية، ويفسح المجال للتصريف الانفعالى وتنمية البصيرة ... إلخ.

تقييم التحليل التنويمى الإيحائى:

من **مزايا وفوائد التحليل التنويمى الإيحائى** ما يلى:

* يزيل بعض الأعراض بالإيحاء المباشر بسرعة، وخاصة أعراض الهستيريا التحويلية (مثل الشلل أو العمى ... إلخ).

* يفيد فى التغلب على بعض المقاومات أثناء التحليل النفسى.
* يسهل التفريغ الانفعالى ويجعل المريض ينكص إلى المستوى الذى حدثت عنده الخبرات الانفعالية المؤلمة أو الحرجة، ويظهر المواد المكبوتة إلى مستوى الشعور ويجعلها فى متناول التحليل والشرح والتفسير.
* يمكن من غرس الأفكار السوية دون جدل أو نقاش منطقى، ويحرر المريض من بعض معتقداته الخاطئة واتجاهاته السالبة المتعلقة بالأعراض، ويقوى ما لدى المريض من أفكار ورغبات سليمة مفيدة.
* ينجح فى بعض الحالات الخفيفة التى لا يكون سبب الاضطراب فيها بعيد الغور، وفى متاعب الحياة اليومية التى تسبب القلق والتوتر والانقباض والأرق والتى يعجز المريض وحده عن معالجتها ويحتاج إلى المساعدة والتشجيع.
* يهدىء الاضطرابات الجسمية البسيطة كالصداع العصبى الذى ينشأ عن القلق.
* يمكن عن طريقه تقويم الأخلاق وتغيير السلوك وغرس الثقة فى النفس.
* يحرر المريض من بعض العادات السيئة الخاصة كتعاطى المخدرات وإدمان الخمر والانحرافات الجنسية.
* يفيد فى الجراحات الصغيرة حين يكون التخدير خطيرا أو غير ضرورى، ويفيد بصفة خاصة فى جراحة الأسنان.

ومن **عيوب التحليل التنويمى الإيحائى** ما يلى:

* يتجه دائما إلى العرض دون السبب.
* لا يتيح فرصة اشتراك المريض اشتراكا حقيقيا فى عملية العلاج.
* قد يكون تأثيره مؤقتا، وقد ينتكس المريض وتعود نفس الأعراض إلى الظهور أو يظهر غيرها بعد فترة تقصر أو تطول.
* قد يساء استعماله فى غير غرضه العلاجى، وبذلك يكون ضرره محققا. وقد يحدث الضرر البالغ أيضا إذا لجأ إلى استخدامه غير الأخصائيين أو الهواة. فإذا استخدام التنويم فى حالة مريض الاكتئاب فقد تشتد الحالة إلى درجة محاولة الانتحار.

التحليل التخديرى: Narcoanalysis

هو نوع من التحليل النفسى يتميز بالسرعة والاختصار، ويستعان فيه بحقن المريض ببطء فى الوريد بعقار مخدر مثل صوديوم أميتال Sodium Amytal أو صوديوم بينتوثال Sodium Pento-thal [(١)] يجعل المريض فى حالة استرخاء أو حالة نصف شعورية ويشل الرقابة نوعا ما ويضعف حيل الدفاع ويقلل القلق ويضعف المقاومة ويسهل عملية التفريغ الانفعالى ويسمح بإظهار نزعات وانفعالات وذكريات مؤلمة لم تكن لتظهر بوسيلة أخرى. وفى بعض المرضى قد يحدث العقار حالة من الانتعاش الوقتى.

---

(١) يجب أن يعطى العقار بإشراف الطبيب بجرعات مناسبة لعمر ووزن المريض مع ملاحظة موانع استخدامه مثل أمراض القلب والكلى والكبد والأنيميا الحادة... إلخ. ويحسن قصر استخدامه على الكبار فقط.

وربما يرجع أصل هذا النوع من الوسائل إلى زمن بعيد يعتقد أن **«الحقيقة تظهرها الخمر»**. ويظهر المريض فى حالة التحليل التخديرى وكأنه «مخمور» إلا أنه لا يكون فاقد الوعى.

وقبل استخدام العقار المخدر يكون المعالج علاقة طيبة مع المريض ويعرفه أن العقار سوف يجعله مسترخيا ومطمئنا ومستريحا ويخلصه من متاعبه.

ويستخدم التحليل التخديرى أحيانا **بدلا من التحليل التنويمى** لسرعته وسهولته.

وباستخدام الإيحاء المباشر وتوجيه مجرى الكلام يمكن تشجيع المريض الواقع تحت تأثير المخدر على أن يتكلم أو يخرج خبراته المؤلمة. وقد يحصل المعالج بهذه الطريقة على فهم أفضل للانفعالات المكبوتة. ولكون المريض فى حالة شبه نوم فإن ما يصدر عنه يكون خليطا من الحقيقة والخيال، فهى تشبه الأحلام وتحتاج إلى تفسير من المعالج[1].

وفى الفترة الفاصلة بين جلسات التخدير، يمكن متابعة العلاج النفسى على أساس المعلومات التى حصل عليها المعالج أثناء التخدير.

وعلى أى حال فإن التحليل التخديرى **يتبعه عادة** راحة جسمية، وتنمية ثقة المريض بنفسه، وبرنامج للترويح حتى يعود توافق المريض بالتدريج مع مطالب الواقع.

ويقول بعض المعالجين إن **هذا الأسلوب مفيد فى تشخيص الحالات** العصابية والذهانية. وحين يستخدم فى العلاج يساعد على تقليل القلق، فهو يضع المريض فى حالة عقلية قابلة للإيحاء. وهو إلى جانب ذلك يرضى المريض لأنه يستند إلى وسائل ملموسة ويعطى أحسن فوائده فى حالات القلق الحادة وفى الهستيريا التحويلية وفى الحالات النفسية الجسمية.

ويفيد التحليل التخديرى فى علاج العصاب الناتج عن الصدمات أو الهزات الانفعالية التى أحيت الصدمات الطفلية وعبأت الدفاعات إلى درجة مرضية. ويلاحظ أنه يكون مفيدا إذا استخدم بعد ظهور أعراض التوتر الانفعالى المكبوت مباشرة.

وقد استخدمت هذه الطريقة فى علاج عصاب الحرب وسميت بطريقة **«التركيب التخديرى»** narcosynthesis لأنها تساعد المريض على تركيب التجربة أو الخبرة الصادمة وما يصاحبها من خبرات انفعالية قاسية ونشاط بأحد العقاقير السابق ذكرها ويخبر المريض مثلا أنه الآن فى الجبهة مرة أخرى وفى موقف تفاصيله معروفة من دراسة تاريخ الحالة. وهنا يركب المريض التجربة أو الخبرة الصادمة وما يصاحبها من خبرات انفعالية قاسية ونشاط حركى واضح. **وهكذا** بإعادة تركيب هذه الخبرة يتحرر المريض من التوتر الانفعالى المرتبط بها (جيمس كولمان Coleman، ١٩٦٤).

---

(١) لهذا السبب فإن المعلومات التى يكشف عنها باستخدام ما يسمى بعقاقير الصدق أو عقاقير الحقيقة مثل صوديوم أميتال وصوديوم بينتوثال لا يعتد بها حقيقة ولكنها تعتبر مجرد مؤشرات فقط ولا يمكن اعتبارها دليلا قاطعا.

وهناك **شكل معدل من التحليل التخديرى** ويكون بإعطاء العقاقير للحصول على خدر
ف يتم بعده تنويم المريض بالإيحاء ويجرى للمريض تحليل نفسى وهو بهذه الحال.

هذا ويوجه إلى كل من طريقة التحليل التنويمى وطريقة التحليل التخديرى **انتقادات** خاصة
ها ما يلى:

ستخدام العقار المخدر لا يؤدى إلى خلق موقف تحليلى نفسى بخصائصه المعروفة.

حالة التخدير أو التنويم تعجز عن إضعاف جميع المقاومات.

التحليل التخديرى لا يخرج عن كونه استقصاء فى ظروف مصطنعة له أثره الوقتى، وآثاره البعيدة المدى المشكوك فيها.

المخدر والنوم الإيحائى قد يثيران هلوسات وهذيانا مما يؤدى إلى اختلاط الذكريات الحقيقية بالتخيلات الوهمية ومن ثم إلى إفساد العلاج.

التحليل النفسى ليس مجرد تذكر للماضى بل اشتراك من جانب المريض والاستبصار فى مرضه، وهذا لا يحدث إلا فى حالة اليقظة.

ستخراج المعلومات بالقوة ضد رغبة المريض ليس له مكان فى العلاج النفسى، فضلا عن أن هذه المعلومات لا يمكن الاعتماد المطلق عليها لأنها متأثرة بالطريقة التى استخرجت بها والتى قد تؤثر على الروح المعنوية للمريض.

ضاف إلى ذلك أن مجرد تحسن أو اختفاء الأعراض ليس الهدف الرئيسى للعلاج النفسى.

صريف الانفعالى: Abreaction

من أساليب العلاج النفسى المختصر أيضا **التصريف الانفعالى (للانفعالات)** التى لم يعبر ا المريض أثناء الصدمة التى صاحبتها تعبيرا كافيا مما أدى إلى تكوين العصاب.

وكما هو واضح فإن هذا الأسلوب يقتصر على إجراء هام من إجراءات عملية العلاج النفسى التنفيس أو التطهير أو التفريغ الانفعالى.

ويتلخص هذا الأسلوب العلاجى فى استرجاع الانفعال واستعادة ذكراه المكبوتة **ثم** **ريف** هذا الانفعال. ويحاول المعالج فيها تعريف المريض على أفكاره المرضية وأعراضه ووسائله له الدفاعية وإعادة ثقته بنفسه. (ستراكر Straker، ١٩٦٨). وفى المناخ السمح الذى يتيحه ف العلاج يأتى المريض بمشكلاته ويعبر عن عدوانه ومخاوفه ومشاعر الإثم لديه وغير ذلك من عالات التى تتركز حولها. وهكذا «**يخرج**» المريض المشكلات أو العدوان أو المخاوف أو اعر الأخرى التى لم يكن يعيها من قبل ويجعلها تطفو على السطح. إن الخبرات والأحداث خصية والذكريات والصراعات التى تمر دون حل بمصاحباتها الانفعالية المكبوتة تعتبر بمثابة **ولة نفسية** ولابد أن تتناسب الحمولة النفسية للفرد مع قوته وطاقته وقدرته على التحمل.

ويجب دائما التخلص من الحمولة النفسية وتفريغ الشحنة الانفعالية الزائدة عن طاقة التحمل وخاصة إذا كانت القوة محدودة ومع مرور الزمن. وهذا **«التخلص من حمولة النفس»** عن طريق التعبير اللفظى عن المشاعر الانفعالية يعتبر ضروريا بالنسبة للعلاج النفسى الفعال، فهو يمهد الطريق لنمو البصيرة والعمل البناء نحو حل المشكلات. وقبل أن يصل المريض إلى **«إخراج المشاعر من صدره»** كان التوتر والصراع المرتبط بها يعمل كعائق يعوق تعلم أى اتجاهات جديدة أكثر توافقا. ولكى يساعد المعالج فى **«كشف»** الصراعات الانفعالية والمواد المكبوتة و**«التخلص»** من التواترات المرتبطةبها، تستخدم وسائل عديدة مثل الأسئلة، والتفسير، والتداعى الحر أو الترابط الطليق، والتنويم الإيحائى.

ويستخدم التصريف الانفعالى بنجاح فى الحالات التى تسببها مواقف صادمة حديثة مثل الحرب، والحريق، والحوادث وما شابه ذلك من خبرات إذا لم تنفس فإنها قد تتطور إلى عصاب.

علاج الشرح والتفسير: Interpretative Therapy

يهدف هذا الأسلوب العلاجى إلى تغيير تركيب شخصية المريض أكثر من مجرد تحقيق التوافق.

ولكى يحدث مثل هذا التغيير يشترط أن يكون لدى المريض دافعية قوية للعمل للوصول إلى هدف بعيد وأن يتحمل الإحباط والتضحية حتى يتحقق هذا الهدف. ويشترط كذلك أن تكون درجة تكامل شخصية المريض تسمح بتحمل القلق الذى يرسبه الشرح والتفسير. (فرازير وكار Frazier and Carr، ١٩٦٤).

ويستند علاج الشرح والتفسير إلى **مبادىء أساسية** منها:

* تؤثر الانفعالات على السلوك، ولكن السلوك الانفعالى لا يكون عادة مقبولا اجتماعيا، ومن ثم فإن السلوك يجب أن يعدل عن طريق الفهم والبصيرة.

* معظم الانفعالات الإنسانية والسلوك الانفعالى المترتب عليها تستقر بعمق فى اللاشعور، ولذلك فإن المريض لا يمكنه أن يستخرج هذه الانفعالات من اللاشعور دون مساعدة.

* يستطيع المعالج بجعل المريض أكثر وعيا بالأهمية الحقيقية لتوتراته الانفعالية وصراعاته أن يرشده إلى أن يحصل على استقرار أكثر وأن يحقق ضبطا أكثر لانفعالاته.

ويسير علاج الشرح والتفسير كما يلى:

* إقامة علاقة علاجية طيبة بين المعالج والمريض.

* الحصول على معلومات مفصلة عن تاريخ حياة المريض منذ الطفولة حتى الوقت الذى ظهرت فيه الأعراض.

* شرح وتفسير الأسباب والأعراض للمريض من واقع حياة المريض ومشكلاته، ويكون التفسير فى ألفاظ مختارة ودقيقا وواضحا ومؤثرا يفهمه المريض ويشارك فيه.

* هكذا يتعرف المريض على خبراته الانفعالية ومشكلاته ويعترف بها ويتقبلها ويتلقى التوجيه والإرشاد بخصوص كيفية معالجتها.

ومن فوائد علاج الشرح والتفسير: تحسن الصحة النفسية، وتصبح الشخصية أكثرنضجا وأحسن توافقا، ويصبح المريض أكثر بصيرة بمشكلاته وحيله اللاشعورية وصراعاته الانفعالية مما يجعل تصرفه إزاء الصراعات فى المستقبل أسهل بكثير.

هذا ويلاحظ أن علاج الشرح والتفسير **قد يكون غير مقبول أحيانا** من ناحية المريض، لأنه عندما يرى نفسه على حقيقتها ويفهم أسباب مرضه ويعرف تفسير أعراضه ويتقبل المسئولية عن أخطائه فإنه قد يشعر بعدم الارتياح.

الإرشاد النفسى المصغر: Microcounselling

الإرشاد المصغر هو طريقة تقوم على التدريب المصغر Microtraining لتعليم المهارات الإرشادية الأساسية، ويقوم على أساس افتراض أن السلوك الإرشادى سلوك معقد، ومن ثم فالأفضل تجزئته إلى وحدات سلوكية.

ومثل الإرشاد المصغر كمثل التدريس المصغر Microteaching ، فهو أسلوب تعليمى أو تدريبى. وهو بذلك **إرشاد نفسى تربوى** Psychoeducational counselling ، ويعتبر الأخصائى بمثابة مربٍ نفسى Psychoeducator.

ويمكن القول إن الإرشاد المصغر هو **قنطرة العبور بين التدريس والعلاج النفسى**. ويقول بعض كبار العاملين فى مجال الإرشاد النفسى إن أى مرشد نفسى أو طالب يدرس الإرشاد النفسى لابد أن يتقن الإرشاد المصغر وطرقه، وفنياته.

ومن **أقطاب الإرشاد المصغر** ألين أيفى Ivey ، وجيرى أوثير Authier (١٩٧٨).

ويوجه رونالد جينتنر Gentner (١٩٩١) الأنظار إلى أهمية نماذج وبرامج مختصرة خيارية لإرشاد الصحة النفسية Mental Health Counselling وتحدد تيريزا مولان ودافيد ديكسون Mul-lan & Dickson (١٩٩١) آثار برنامج إرشاد مصغر مع طلاب الخدمة الاجتماعية.

وفى الإرشاد المصغر **يقسم السلوك الإرشادى الكلى إلى مهارات جزئية** حتى يسهل التركيز على كل مهارة مباشرة فى كل مرة ، ويشجع المسترشد على استدخال المهارات الفردية حتى يصبح سلوكه فعالا.

ومن خلال ممارسة المهارات بطريقة منظمة يمد الإرشاد المصغر المسترشد بفرصة **إتقان المهارات الواحدة تلو الأخرى**، وتكون مخزونا مهاريا للاستخدام فى مواقف الحياة العملية. (حامد زهران، ١٩٨٠).

ويتضمن الإرشاد المصغر **أساليب كثيرة** منها: أسلوب التغذية الراجعة، واستخدام الوسائل المعينة التى تتضمن نماذج للمهارات السلوكية المراد تعلمها. ويقوم الإرشاد المصغر على أساس التعلم الخبرى Experiential Learning . وعندما يتم بأسلوب جماعى فإنه يتضمن تبادل العلاقات والخبرات المعلمة.

ومن أمثلة **تقسيم عمليات الإرشاد المصغر إلى مهارات جزئية**: تقسيم المقابلة الإرشادية إلى مهارات مثل: مهارة الإصغاء، ومهارة الانتباه، ومهارة تلخيص المشاعر، ومهارة التساؤل.

والنموذج الأساسى الذى يقوم عليه الإرشاد المصغر بصفة عامة يتخلص فى الخطوات الآتية (حيث يتم تعلم مهارة واحدة فى كل مرة).

* **المقابلة الأساسية**: لتحديد الموضوع والأسلوب المتبع والمهارة المراد تعلمها والتدرب عليها.
* **التدريب**: ويقوم على التعلم الخبرى باستخدام وسائل ومعينات مثل الموديولات Modules التى يقرأها المسترشد، وشرائط الفيديو كنماذج إيضاحية، ولعب الدور أو المحاكاة.
* **إعادة المقابلة**: وفيها يمكن استخدام وسائل إرشادية مساعدة مثل المناقشة الجماعية وغيرها.

دليل عملى للإرشاد النفسى المختصر:

قدمت وبندى درايدين وكولين فيلثام Dryden & Feltham (١٩٩٢) دليلا عمليا للإرشاد المختصر يسير المرشد على هداه. ويتلخص هذا الدليل فيما يلى:

أولاً: تجهيز العميل لعملية الإرشاد:

١ ـ التأكد أن العميل يستجيب للمرشد من أول اتصال.

٢ ـ تعريف العميل بموضوع تسجيل شرائط فيديو.

٣ ـ اكتشاف سبب حضور العميل للاسترشاد.

٤ ـ دراسة أسلوب وخطاب الإحالة ومحتواه.

٥ ـ تقييم مدى مناسبة الإرشاد المختصر لمساعدة العميل.

٦ ـ الإحالة إذا لزم الأمر.

٧ ـ احترام الخصوصية والمحافظة على السرية.

٨ ـ مناقشة مخاوف العميل بخصوص عملية الإرشاد.

٩ ـ معرفة أفكار العميل عن المدة التى سوف تستغرقها عملية الإرشاد.

١٠ ـ استكشاف الخبرة الماضية للعميل فى الإرشاد النفسى.

١١ ـ تعرف وجهة نظر العميل وفكرته عن الإرشاد، وشرح وجهة نظر المرشد.

١٢ ـ التعامل فى ضوء نقاط الاتفاق العملية.

ثانيًا: تقييم اهتمامات العميل:

- إتاحة الفرصة للعميل ليتكلم.
- الإصغاء والاستجابة للمشكلات.
- جمع المعلومات اللازمة عن العميل.
- وضع ردود فعل العميل فى الاعتبار.
- تحديد مرحلة التغير التى يمر بها العميل.
- تشجيع اندماج العميل فى عملية الإرشاد.
- استخدام اللغة المناسبة والسرعة المناسبة.
- استخدام تأثير المرشد على العميل بحكمة.
- الحساسية للفروق الفردية بين العملاء.
- استخدام درجة مناسبة من التقييد.
- تحديد الأولويات.
- الاتفاق على الهدف النهائى.
- تحديد الأهداف الوسيطة التى تؤدى إلى الهدف النهائى.
- تحديد المحاولات السابقة الفاشلة.
- تحديد المحاولات السابقة الناجحة.
- تحديد معوقات التغير.
- وضع التدخلات الخاصة فى الاعتبار.
- شرح الأسلوب الإرشادى الذى سيتبع.
- تفصيل الأسلوب الإرشادى بما يناسب العميل.

ثالثا: بداية التغيير:

- بدء العمل.
- عدم تحميل العميل أكثر من طاقته.
- تنويع مستوى المساندة والتوجيه.
- الاهتمام بما بين الجلسات.
- الاستمرار فى أسلوب العمل حتى تتحقق الأهداف أو يتأكد العميل أنه سيحققها بمعرفته.
- التعامل مع أى عوائق تطرأ وتعترض عملية الإرشاد.

٣٨ ـ الوعى بمهددات عملية الإرشاد مثل التغيب أو إلغاء الجلسات.

٣٩ ـ بدء العمل لتحقيق هدف تال جديد.

٤٠ ـ تحديد العمل على أساس الموضوعات أكثر من الاهتمامات.

رابعاً: تشجيع التغيير بواسطة الواجبات المنزلية:

٤١ ـ شرح أسباب وفوائد استخدام الواجبات المنزلية للعميل.

٤٢ ـ التفكير فى الأشكال المختلفة من الواجبات المنزلية.

٤٣ ـ التفاوض بخصوص الواجبات المنزلية.

٤٤ ـ شرح أسباب اختيار كل واجب منزلى.

٤٥ ـ التفاوض، دون إجبار أو إصرار.

٤٦ ـ التأكد من أن الواجب المنزلى ينبع من موضوع الاهتمام الرئيسى فى الجلسة.

٤٧ ـ التأكد من أن محتوى الواجب المنزلى يناسب عقلية العميل وظروفه.

٤٨ ـ التأكد من أن العميل يفهم المطلوب وهدفه.

٤٩ ـ تحديد متى وكيف.

٥٠ ـ التمييز بين «حاول» و«افعل».

٥١ ـ تحديد المعوقات المحتملة لإنجاز الواجب المنزلى.

٥٢ ـ بدء التدريب العقلى قبل الأداء.

٥٣ ـ تحديد محكات النجاح.

٥٤ ـ تأكيد أن الواجب المنزلى ليس فيه خسارة.

٥٥ ـ الاطلاع على الواجب المنزلى.

٥٦ ـ تقييم مدى نجاح العميل فى عمل الواجب المنزلى.

٥٧ ـ دراسة الأسباب فى حالة المحاولة والفشل.

٥٨ ـ دراسة أسباب عدم محاولة العميل عمل الواجب المنزلى.

٥٩ ـ تشجيع العميل على تحمل مزيد من المسئولية فى تحديد الواجب المنزلى.

٦٠ ـ تحديد واجبات منزلية يقوم بها المرشد كمثال للعميل.

خامسًا: الإرشاد فى المرحلة الوسطى:

٦١ ـ الاستمرار فى تناول الموضوعات وتجميع المكاسب.

٦٢ ـ الاستمرار فى الالتزام بالاهتمامات الأصلية.

٦٣ ـ تأكيد مكاسب التوجه نحو الهدف.

٦٤ ـ استكشاف المناطق التى يحتمل إهمالها أو تخطيها.

٦٥ ـ التخفف من اعتماد العميل على المرشد ومساعدته على توجيه الذات والنمو الذاتى.

٦٦ ـ الانتباه لأى تدهور فى حالة العميل ، وعمل اللازم.

٦٧ ـ التعامل مع أى أزمة قد تظهر.

٦٨ ـ تقييم التقدم والتعامل مع أى إحباط قد يشعر به العميل بخصوص معدل التقدم.

٦٩ ـ إعادة التفاوض بخصوص الأهداف حين تتكشف مشكلات جديدة.

٧٠ ـ إفهام العميل أن طبيعة التغير غير خطية non-linear .

٧١ ـ التعامل مع أى مأزق.

سادسا: إنهاء عملية الإرشاد:

٧٢ ـ بداية الإعداد لإنهاء عملية الإرشاد.

٧٣ ـ تشجيع التغير الذاتى.

٧٤ ـ الاهتمام بمنع الانتكاس.

٧٥ ـ احترام حق العميل الذى يرغب فى الإنهاء المبكر فى أن يفعل ذلك.

٧٦ ـ تكرار التنويه إلى قرب إنهاء عملية الإرشاد.

٧٧ ـ تشجيع التغذية المرتدة النهائية.

٧٨ ـ استعراض مزايا وعيوب الأشكال المختلفة من نهايات عملية الإرشاد.

٧٩ ـ تعريف العميل أن إنهاء الإرشاد قد يشعر بعض العملاء بفقدان شىء.

٨٠ ـ مساعدة العميل لاستخدام ما تعلمه للنظر بتفاؤل نحو المستقبل.

٨١ ـ تقييم تقدم العميل فى نهاية عملية الإرشاد.

نقد العلاج النفسى المختصر:

يمكن تلخيص أهم **مزايا العلاج النفسى المختصر** فيما يلى:

* يخدم الكثرة من المرضى، ويمكن زيادة نسبة القبول للعلاج وعدم رفض المرضى، وفى نفس الوقت يساعد على سرعة إنهاء الحالات.
* يقوى الروح المعنوية لهيئة العلاج.
* يناسب بدرجة أكبر العمل فى العيادة النفسية، ويناسب بعض المرضى الذين يتقون لهذا النوع من العلاج.
* يبرز دور المريض فى عملية العلاج ويقلل من اعتماده على المعالج.
* يعتبر ـ وذلك أضعف الإيمان ـ بمثابة «فحص الصحة النفسية» Mental Health Check-up .

ويمكن تلخيص أهم **عيوب العلاج النفسى المختصر** فى أنه يهدف إلى «ترقيع» شخصية المريض بدلا من إعادة بنائها من جديد.

ملاحظات على العلاج النفسى المختصر:

وفى ختام كلامنا هنا نلاحظ أن طرق العلاج النفسى المختصر **تحتاج إلى دراسات وبحوث** عديدة.

كذلك فإن العلاج النفسى المختصر يحتاج إلى **المعالج** المتفائل **والمريض** المتعاون **والبيئة** المثقفة.

العلاج الطبى النفسى

نحن نعلم أن هناك **علاقة وطيدة بين النفس والجسم**. ولا شك أن علاج المرض النفسى يتأثر بحالة المريض الجسمية والفسيولوجية.

ويرجع **تاريخ العلاج الطبى** فى مجال الأمراض النفسية إلى أيام الطب البدائى حيث كان رجال الطب البدائيون يعملون ثقوبا فى جماجم المرضى حتى تخرج منها الشياطين التى سكنتها (حسب معتقداتهم فى تلك الأيام). (راجع الفصل الأول).

ولكن الحال فى أيامنا هذه قد تطور تطورا كبيرا حيث يسهم الطب النفسى إسهاما كبيرا فى علاج الاضطرابات والأمراض النفسية.(١)

ومن المبادىء العامة المعروفة فى مجال العلاج ضرورة **علاج أى مرض جسمى مصاحب للحالة النفسية أو مسبب لها أو ناتج عنها.**

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى الطب النفسى ما يلى:

- American Journal of Psychiatry.
- Annales Medico- Psychologiques.
- Annual Progress in Child Psychaitry & Child Development.
- Archives of Neurology and Psychiatry .
- Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.
- Behevioral Neuropsychiatry.
- Biological Psychaitry.
- British Journal of Medical Psychology.
- British Journal of Psychiatry.
- Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law.
- Canadian Psychaitric Association Journal.
- Child Psychiatry and Human Development.
- Child Psychiatry Quarterly.

=

ويبذل **الأطباء النفسيون** جهودا كبيرة للتوصل إلى أفضل الطرق للتأثير على الحالة النفسية للمريض فنجدهم يركزون على وظائف الأعضاء وخاصة الجهاز العصبى وجهاز الغدد.

=

- Comprehensive Psychiatry.
- Culture, Medicine and Psychiatry.
- Current Psychiatry, Ain Sh..ms University.
- Egyptian Journal of Psychiatry.
- Evolution Psychiatrique.
- Hospital and Community Psychiatry.
- Indian Journal of Psychiatric Social Work.
- Information and Community Psychiatry.
- International Forum for Existential Psychiatry.
- Inetrnational Journal of Law and Psychiatry.
- International Journal of Neuropsychiatry.
- International Journal of Psychaitry.
- International Journal of Psychaitry and Medicine.
- International Journal of Social Psychaitry.
- International Psychiatry Clinics.
- Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines.
- Japanese Journal of Child Psychiatry.
- Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.
- Journal of Clinical Psychiatry.
- Journal of Geriatric Psychaitry.
- Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.
- Journal of Operational Psychiatry.
- Journal of Psychiatric Education.
- Journal of Psychiatric Research.
- Journal of Psychiatry.
- Journal of Psychiatry and Law.
- Journal of Psychology and Psychaitry.
- Journal of the American Academy of Child Psychiatry.
- Journal of the American Academy of Psychiatry and Neurology.
- Perspectives in Psychiatric Care.
- Perspectives Psychiatriques.
- Psychiatria et Neurologia.
- Psychiatric Annals.
- Psychiatric Communications.

=

ونحن نـلاحظ أنه فى حـالات الأمراض النفـسـية التى يفـقد المريض فـيها اتصالـه بالواقع يـم المعالجون إلى استخدام العلاج الطبى النفسى، ولـكن من المهم ومن الواجب أن ننظر إلى جميع أنو العلاج الطبى النفسى على أنها **جزء من العملية العلاجية الكلية** أو برنامج العلاج.

ومن المهم أيضا أن نـؤكد أهمية **العلاج النفسى قبل وأثنـاء وبعد جميع أنواع العلا الطبى**. وأضعف الإيمان فى كل طرق العلاج الطبى، أنها تجعل المريض أكثر استعدادا لتقبل العلا النفسى.

وفى كل أشـكال العلاج الطبـى النفسى يجـب أن يجرى **فحص المريض طبيًا** فحصا شام للتأكد من خلوه من موانع العلاج بأى من هذه الطرق.

ويلاحظ أنـه فى معظم أنـواع العلاج الطبـى النفسـى توجد **مضاعفات للعلاج** يجب عـم حسابها تاما، وفى حالة المضاعفات الخطيرة يجب أن يوقف العلاج فورا.

ويضـم العلاج الطبى النفسى عدة أشكال متخصصة فى العلاج تؤدى إلى تغيرات مفيدة فى وظيـ **الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الذاتى وجهاز الغدد.**

ويجب أن يكون مـفهوما أن أشكال العلاج الطبـى النفسى **تتطور تطورا سريعا** وأن بعضـ تنقصه الأدلة التـجريبية التى تثبت أفضليـته على غيره من طرق العلاج، وأن بعضـهـا ما زال يستخد فى بعض الدول دون الأخرى وحتى فى بعض المستشـفيات دون الأخرى وأن بعضها لم يعد له أكـ من القيمة التاريخية.

وفيما يلى أهم أشكال العلاج الطبى النفسى:

علاج الكهرباء:

شاع استخدام الكهرباء فـى علاج الأمراض النفسية فى الأربعينات، ثم قل استـخدامها بالتدريـ مع تزايد استخدام الأدوية.

=

Psychiatric Forum.
Psychiatric Journal of the University of Ottawa.
Psychiatric Opinion.
Psychiatric Quarterly.
Psychiatric Research Report.
Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association.
Psychiatrie de L'Enfant.
Psychiatry.
Psychological Medicine.
Psychologie Medicale.
Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiene Mentale de L'Enfance.
Seminars in Psychiatry.
Social Psychiatry.

وتستخدم الكهرباء فى علاج الأمراض النفسية بطريقتين هما:

* علاج الرجفة الكهربائية.

* علاج التنبيه الكهربائى.

علاج الرجفة الكهربائية: Electro-Convulsive Therapy(ECT)

يعرف أحيانا باسم علاج الصدمة الكهربائية Electro-Shock Therapy (EST).

ولقد بدأ هذا العلاج سيرليتي وبينى Cerletti and Bini الإيطاليان سنة ١٩٣٨. وعلاج الرجفة الكهربائية عبارة عن وسيلة لإحداث رجفات وتشنجات وغيبوبة صناعية بواسطة جهاز الصدمات الكهربائية. أى المقصود إحداث نوبة تشنجية شبه صرعية (كما يحدث فى الصرع الأكبر). وتم تعديل طريقة الاستخدام بإعطاء مرخى العضلات فى عام ١٩٥٧.(انظر عماد الدين سلطان، د.ت.، محمود حمودة، ١٩٩٠).

طريقة علاج الرجفة الكهربائية: تتخذ بعض الإجراءات التجهيزية الضرورية مثل إفراغ المثانة والمستقيم والتخلص من الأسنان الصناعية وفك الملابس، ويوضع تحت المريض وسادات تمنع أى صدمات للعمود الفقرى وتوضع كمامة مطاطية بين أسنانه. ويعطى حقنة مخدر. وتستخدم أنواع مختلفة من التيار الكهربائى ٧٠ ـ ١٣٠ فولت لمدة ١, ٠ ـ ٥, ٠ ثانية مما يسمح بمرور ما يتراوح بين ٢٠٠ ـ ١٦٠٠ مللى أمبير فى المخ، وذلك عن طريق أقطاب كهربائية مثبتة على قشرة الرأس فوق المناطق الأمامية والوسطى (المنطقة الجبهية الصدغية من الرأس). وحيث أن التيار الكهربائى يسرى أسرع من سريان الإحساس فى الأعصاب، فإن المريض لا يشعر بألم. ويحدث تخدير سريع وارتخاء مؤقت للعضلات الإرادية الرئيسية وفقدان للوعى وتشنجات ظاهرة. ويستخدم الأوكسيجين حتى يعود التنفس الطبيعى. ويسترد المريض وعيه فى حدود ١٠ ـ ٢٠ دقيقة دون أن يعرف أى تفاصيل عن عملية العلاج ودون أن يتذكر أى شىء أكثر بعد العلاج. ومن المعتاد تخفيف حدة الرجفة باستخدام بعض المهدئات قبل جلسة العلاج حيث يبدو العلاج مخيفا بالنسبة للمريض.

سير علاج الرجفة الكهربائية: يعتمد تكرار الرجفات الكهربائية على شدة المرض. ويعطى العلاج عادة مرتين أو ثلاث مرات فى الأسبوع، على ألا تقل الفترة بين كل جلستين عن ٤٨ ساعة، وتحدد الاستجابة طول فترة العلاج. وفى الحالات الشديدة قد يستخدم العلاج مرتين فى اليوم. وفى حالة صغار السن وكبار السن يجب ألا تزيد على مرة فى الأسبوع. ويقل تكرار الصدمات مع تحسن المريض. وفى العادة يبلغ عدد الصدمات الكهربائية الكافية للعلاج من ٨ ـ ١٠. وقد يحتاج الأمر فى بعض حالات الاكتئاب الحاد إلى ٢٠ جلسة. وفى بعض حالات الفصام قد يحتاج الأمر إلى عدد من الجلسات قد يصل إلى ٤٠ جلسة. وفى حالات الفصام المزمن تعطى الصدمات الكهربائية عادة مرة كل ١٠ ـ ١٤ يوما (إيوالت وآخرون Ewalt et al. ، ١٩٥٧).

مفعول علاج الرجفة الكهربائية: يعتقد سيرليتي Cerletti أن العامل الشافى ليس الكهرباء بل النوبة التشنجية الصرعية الناتجة عنها. ولا شك أن تمرير التيار الكهربائى فى رأس المريض يفقده وعيه ويحدث له تشنجات ظاهرة ويحدث تغيرات فسيولوجية كيميائية حيوية فى قشرة المخ والمخ الأوسط والمهيد والنخاع المستطيل والغدة النخامية ويحدث أثرا مفيدا بزيادة تنبيه الجهاز العصبى الذاتى. ويضاف إلى ذلك تأثير سلوكى حيث تجعل الصدمات المريض يعرض عن بعض سلوكياته المرضية.

موانع استعمال علاج الرجفة الكهربائية: لا يسمح باستعمال علاج الرجفة الكهربائية فى الحالات الآتية: الاضطرابات المخية الوعائية، والاضطرابات القلبية الوعائية الحديثة، والربو، وهشاشة العظام وكسور العظام الحديثة، والشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل.

مضاعفات علاج الرجفة الكهربائية: قد تحدث نتيجة لعلاج الرجفة الكهربائية بعض المضاعفات: فكثرة استخدامه تحدث النسيان أو فقدان الذاكرة وخاصة للأحداث القريبة، ويسبب الخلط، وذلك لمدة أسبوع أو عدة أسابيع بعد انتهاء العلاج. وقد تحدث رضوض أو نقل مفاصل أو كسور فى الفك والكتف والعمود الفقرى والحوض. وقد تحدث اضطرابات قلبية وعائية وخاصة اضطراب ضربات القلب. وقد تحدث اضطرابات مخية وعائية. وقد يحدث بعض الأعراض مثل انقطاع التنفس لمدة أو القيء أو زرقة الجلد والنهجان.

استخدامات علاج الرجفة الكهربائية: يستخدم علاج الرجفة الكهربائية فى الحالات الآتية: الاكتئاب الذهانى (وخاصة فى حالة احتمال إقدام المريض على الانتحار، وللوقاية ضد العودة الدورية للاكتئاب)، والهوس الحاد، والفصام الحاد وخاصة الحركى (الهياجى) (كعلاج عادى وكعلاج صيانة)، والهستيريا (وخاصة الهياج الهستيرى الحاد)، والانهيار العصبى.

علاج التنبيه الكهربائى:

يلجأ بعض المعالجين إلى العلاج بالتنبيه الكهربائى الذى يحدث تأثيرا على الحالة النفسية للمريض. ويمكن فى أثنائه ملاحظة ما يقوله المريض عن حالته وظروفه ومشكلاته. ويلاحظ أن لهذا العلاج دورا **إيحائيا** هاما وخاصة فى حالات الهستيريا.

طريقة علاج التنبيه الكهربائى: يتم بتمرير تيار كهربائى فى رأس المريض بدرجة لا تحدث فقدانا لوعيه وذلك لمدة تصل إلى ٢٠ دقيقة. ولا يشعر المريض إلا بألم بسيط فى جانبى الرأس حيث يمر التيار.

استخدامات علاج التنبيه الكهربائى: يستخدم علاج التنبيه الكهربائى فى حالات: القلق النفسى، والهستيريا، والاكتئاب البسيط والتفاعلى، وحالات امتداد غيبوبة الإنسولين، وحالات الإغماء بعد الصدمة الكهربائية، وحالات التسمم من الباربيتورات.

العلاج بالأدوية:

يطلق على العلاج بالأدوية والعقاقير فى مجال الأمراض النفسية أحيانا اسم **العلاج النفسى بالعقاقير** Psychopharmacotherapy ، ويطلق عليه أحيانا اسم **العلاج الكيميائى** chemo-therapy . ولقد استمر استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية وظل هوالشائع إلى أن اكتشفت عدة عقاقير فى مقدمتها ريزيربين Reserpine ، كلوربرومازين Chlorpromazine ، ولوحظت آثارهما الفعالة فى علاج الاضطرابات النفسية، وزاد الآن عدد الأدوية والعقاقير التى يستخدمها المعالجون والأطباء النفسيون. وتستخدم الأدوية والعقاقير فى العلاج النفسى فى حالات العصاب والذهان وخاصة المصاحب بالاضطراب النفسى الحركى، وتعطى إما حقنا أو عن طريق الفم (هايز Hays ، ١٩٦٤، حلمى أحمد حامد، ١٩٩١).

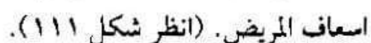
والهدف من العلاج بالأدوية ضبط الأعراض ثم القضاء على المرض مع العلاج النفسى.

ونحن نعلم أن **التنظيم النفسى والكيميائى والكهربائى للجهاز العصبى** وبصفة خاصة المخ لم يصل العلم إلى معرفته معرفة تامة حتى الآن. إلا أن المعالجين والأطباء النفسيين يأملون فى الوصول إلى معرفة دواء فعال خاص بكل مرض نفسى.

وفى كل الحالات يجب عدم الاقتصار فى العلاج النفسى على الأدوية والعقاقير، ولكن يجب أن يسير جنبا إلى جنب مع العلاج النفسى والاجتماعى فى برنامج علاجى متكامل.

والعلاج النفسى بالأدوية يجب ألا ينظر إليه فى حد ذاته ولكن فى إطار **«المعالج ـ الدواء ـ المريض»**. فكفاءة المعالج وفعالية الدواء وتعاون المريض أمور هامة جدا فى نجاح العلاج بالأدوية.

هذا ويجب أن يكون العلاج بالأدوية **تحت الإشراف الطبى الدقيق** حيث يجب أن يناسب سن المريض وجنسه ووزنه وحالته النفسية والجسمية العامة. ويلاحظ وجود أى مانع لاستعمال الدواء قبل وصفه أو تعاطيه حتى لا يحدث مضاعفات أو آثارا جانبية فى الجهاز العصبى والجهاز الدورى والكبد والجلد وغيرها، مثل القلق والأرق وزيادة الأحلام والكابوس والرعشة والتقلصات والتشنجات والضعف والأنيميا والأرتيكاريا وجفاف الفم والتقيؤ والإسهال والإمساك واضطراب الحيض والضعف الجنسى... إلخ. وعلى العموم إذا حدثت مضاعفات أو آثار جانبية يجب وقف تعاطى الدواء والرجوع إلى المعالج لاستشارته. وفى حالات تعدى المقدار الموصوف وحدوث أعراض التسمم يجب سرعة اسعاف المريض. (انظر شكل ١١١).





شكل (١١١) العلاج بالأدوية

أنواع الأدوية المستخدمة فى العلاج النفسى:

المنبهات stimulants : وهى التى تنبه وظائف الجهاز العصبى المركزى، وتزيد من الطاقة الجسمية والعقلية. ولها مفعول مضاد للخمول والاكتئاب. وتستخدم أيضا فى القضاء على تأثيرات المنومات. وهى تشعر المريض بالتحسن والانشراح وترفع من روحه المعنوية. ويجب عدم تعاطيها فى المساء لأنها تحدث الأرق ليلا. ويجب الحرص وتجنب الإفراط فى تعاطيها خشية إدمانها. ومن أمثلة المنبهات المعروفة تلك التى تستخرج من مادة أمفيتامين Amphetamine مثل بنزيدرين Benze-drene . وكذلك يستعمل توفرانيل Tofranil وكافين Caffeine.

المهدئات Tranquillisers : وتحدث أثرا مهدئا (وليس مثبطا) للجهازالعصبى المركزى. وتؤدى إلى الاسترخاء العضلى والهدوء النفسى الحركى وتهدىء التهيج. وتعطى فى حالات القلق الخفيف، وفى الحالات النفسية الجسمية، وحالات الاضطرابات الانفعالية، وحالات عدم الاستقرار النفسى الحركى. ويلاحظ أن المهدئات فى جرعات كبيرة تعمل كمنومات. ويقسمها البعض إلى مهدئات خفيفة ومهدئات عظيمة. المهدئات الخفيفة تحدث الهدوء وتخفف حدة القلق والتوتر وتقلل من سرعة الاستثارة وتقلل اضطرابات التفكير. والمهدئات العظيمة تستخدم فى حالات القلق الشديد والتهيج المزمن والهلوسات والفصام. ومن أمثلة المهدئات المعروفة وأشيعها استخداما ليبريوم Libri-um ، فاليوم Valium ، ستيلازين Stelazine ، تريبتيزول Tryptizol ، أتيفان Ativan .

المسكنات: وهى الأدوية التى تثبط وظائف الجهاز العصبى المركزى وتسكن الآلام مما يؤدى إلى الهدوء النفسى. ومنها المسكنات الخفيفة ذات الأثر المسكن وخاصة أثناء النهار فى كثير من أشكال العصاب والذهان وخاصة القلق والاكتئاب والهوس والهياج. وهى مفيدة فى الحالات التى تحتاج إلى الراحة والاسترخاء والهدوء والسكينة. ومن أمثلة المسكنات المعروفة باربيتورات Barbiturates ، بروميدات Bromides .

المنومات Hypnotics : وهى الأدوية التى ينتج عن تعاطيها النوم. وتستخدم للمساعدة فى الهدوء أثناء الليل وفى حالات اضطراب النوم وفى علاج الأرق وفى حالات الهياج، كما تستخدم هى والمهدئات فى العلاج الذى يستخدم فيه «التنويم الطويل» أوالنوم المستمر. وتعطى المنومات قبل الذهاب إلى الفراش مباشرة. ويلاحظ أن المنومات فى جرعات صغيرة تعمل كمهدئات ويجب الاحتراس وعدم ترك كميات كبيرة منها فى حوزة من يوجد لديهم ميول انتحارية. ومن أمثلة المنومات المعروفة باربيتورات Barbiturates ومن أشيعها استعمالا فينوباربيتون Phenobarbitone، دورميل Dormil ، ويلدورم Welldorm .

مضادات الاكتئاب: Anti-depressive ، وهي أدوية تنظم الانفعال والحالة المزاجية وتصحح التغيرات الشاذة التي تحدث في الاكتئاب. وتفيد في حالات الاكتئاب البسيط المصاحب بأمراض الضعف العصبي «النيوراسثينيا» والاكتئاب التفاعلي وذهان الهوس والاكتئاب وفي حالات السواء وفي حالات الفصام التخشبي. ومن أمثلة مضادات الاكتئاب المعروفة أمفيتامين Amphetamine أشيعها استعمالا توفرانيل Tofranil ، تريبتيزول Tryptizol .

مضادات الإدمان: يستخدم عقار أنتابيوس Antabuse (ديسولفيرام Disulfiram) لعلاج الإدمان الكحولي لأنه يسبب أعراضا غير سارة بل مزعجة عندما يتناوله شخص مع الكحول. ويعطى عن طريق الفم في جرعة صغيرة. ويجب ألا يسبقه كحول لمدة ١٢ ساعة على الأقل. وعندما يتناول الشخص الذي يستعمل أنتابيوس كحولا فإنه في خلال ٥ ـ ١٠ دقائق يشعر بأعراض مثل احمرار الجلد وخفقان القلب والعرق الغزير وضيق التنفس وانخفاض ضغط الدم والغثيان والقيء. ويجب أن يصاحب العلاج باستخدام أنتابيوس علاج نفسي للقضاء على مصادر القلق والصراع التي تلجيء المدمن إلى الكحول للحصول على الراحة أو كمهرب، ويجب كذلك أن يكون استعمال هذا العلاج بموافقة المريض ضمانا لتعاونه.

عقاقير الهلوسة: وتستخدم أساسا لأغراض التشخيص وللمساعدة في العلاج النفسي حيث أنها تميل إلى كشف بعض المواد اللاشعورية. ومن أمثلتها عقار[1] ل.س.د Lysergic Acid Diethylamide (L.S.D) ، ميسكالين Mescalin.

عقاقير الحقيقة: وتسمى أحيانا عقاقير الصدق[2]، أو مضادات الكبت وتستخدم بصفة خاصة في التحليل التخديري narcoanalysis ويحقن المريض ببطء في الوريد بعقار مخدر مثل صوديوم أميتال Sodium Amytal أو صوديوم بيتوثال Sodium Pentothal فيصبح في حالة استرخاء وهدوء وسكينة أو حالة نصف شعورية أو شبه نوم وتشل الرقابة نوعا ما وتضعف ميكانيزمات الكف والمقاومة وتقلل وتشجع المريض على الكلام وتظهر النزعات وتنفس المواد المكبوتة والانفعالات والذكريات والخبرات المؤلمة ومحتويات مفهوم الذات الخاص. وتعطى هذه العقاقير أحسن فوائدها في حالات القلق الحاد وفي الهستيريا التحويلية وفي الحالات النفسية الجسمية.

---

(١) عند حقن ٠,٥ ـ ٠,٧٥ مللیجرام منه تحت الجلد في شخص سليم يحدث أعراضا مثل الفصام، ويستعمل لتشخيص الفصام الكامن، كما أنه يسهل التحليل النفسي.

(٢) يلاحظ أن المعلومات التي يكشف عنها باستخدام هذه العقاقير لا يعتد بها حقيقة ولكنها تعتبر مؤشرات فقط ولا يمكن اعتبارها دليلا قاطعا.

الدواء الوهمي Placebo : وهو دواء لا يحوى مواد أو عقاقير طبية علاجية[1]. ويستخدم لإيهام بعض المرضى الذى يصرون ويرتاحون إلى تعاطى الدواء أنهم يعالجون طبيا بالدواء. ويستجيب هؤلاء المرضى للدواء الوهمي وترتفع روحهم المعنوية ويحدث آثارا شافية فعلا وخاصة إذا دعم هذا علاقة علاجية طبية وثقة بين المعالج والمريض. ويستخدم الدواء الوهمى بصفة خاصة مع بعض مرضى الوهم. والمستجيبون للدواء الوهمي يكونون عادة منبسطين متعاونين قليلى الشكوى. والمعالجون عادة يتفننون فى اختيار الدواء الوهمي ووصفه سواء كان حبوبا أو شرابا ويدخل فى ذلك اعتبارات مثل اللون والطعم وطريقة التعاطى والدقة فى المواعيد ... إلخ (جليك Glick، ١٩٦٨).

مزايا العلاج بالأدوية :

من مزايا العلاج بالأدوية ما يلى:

* تحرر الأدوية المريض من الأعراض الجسمية مما يساعد فى علاج مشكلاته بدرجة أكثر فاعلية. (ريكيلس Rickels، ١٩٦٨).
* تسهل أنواع العلاج الأخرى. (فيش Fish، ١٩٦٨).
* تقلل من الاعتماد على الصدمات الكهربائية واللجوء إلى الجراحة فى العلاج.
* تجعل من الممكن علاج عدد أكبر من المرضى.
* تقلل من الحاجة إلى بقاء المرضى فى مستشفيات الأمراض العقلية.

عيوب العلاج بالأدوية:

من عيوب العلاج بالأدوية ما يلى:

* قد تحدث الأدوية تأثيرا عكسيا على حالة المريض النفسية إذا كان يعالج بها وحدها. فحين لا يتم الشفاء يعتقد المريض أن حالته مزمنة ولا ينتظر شفاؤها.
* قد تحدث تأثيرا ضارا على الجهاز العصبي المركزى نفسه.
* قد تؤثر تأثيرا جانبيا على الكبد والكرات الدموية وضغط الدم.
* قد يكون لها مضاعفات خطيرة كما سبق أن أوضحنا.
* إذا غالى المريض فى استخدامها فقد يحدث إدمان، وإذا استغنى عنها قبل أن يأخذ المقدار الكافى والمقرر منها قد يحدث انتكاس.

(١) يحضر من مواد مثل النشا وسكر اللبن (لاكتوز).

ملاحظات على العلاج بالأدوية:

* يجب باستمرار متابعة آثار وفوائد الدواء فى العلاج النفسى. (إيروين Irwin، ١٩٦٨) .
* يقرر بعض المعالجين أنه إذا حدث تحسن فى حالة المريض من ٣٠-٦٠ يوما يجب أن تقلل الجرعة تدريجيا إلى النصف ثم تدريجيا إلى أن يوقف الدواء، وإذا لم تلاحظ له نتائج حسنة بعد ٣٠ يوما يجب أن يوقف ويغير . أما فى حالات الإزمان (وجود المرض منذ أكثر من عامين) فيجب ألا يغير الدواء ولا تقلل جرعته قبل مضي من ٩٠-١٢٠ يوما .
* فى حالة استخدام المهدئات والمسكنات والمنومات يجب توفير الهدوءللمريض وتجنب الضوضاء والتوتر .
* يستخدم عادة إلى جانب الأدوية السابق ذكرها بعض المقويات مثل الفيتامينات وغيرها .
* فى بعض حالات البحث العلمى تستخدم الأدوية والعقاقير فى إحداث حالات نفسية أو مرض نفسى تجريبى . وفى هذه الحالات يجب الحذر الشديد عند استخدامها وأن تكون تحت الإشراف العلمى الدقيق .

العلاج الجراحى النفسى : Psychosurgery

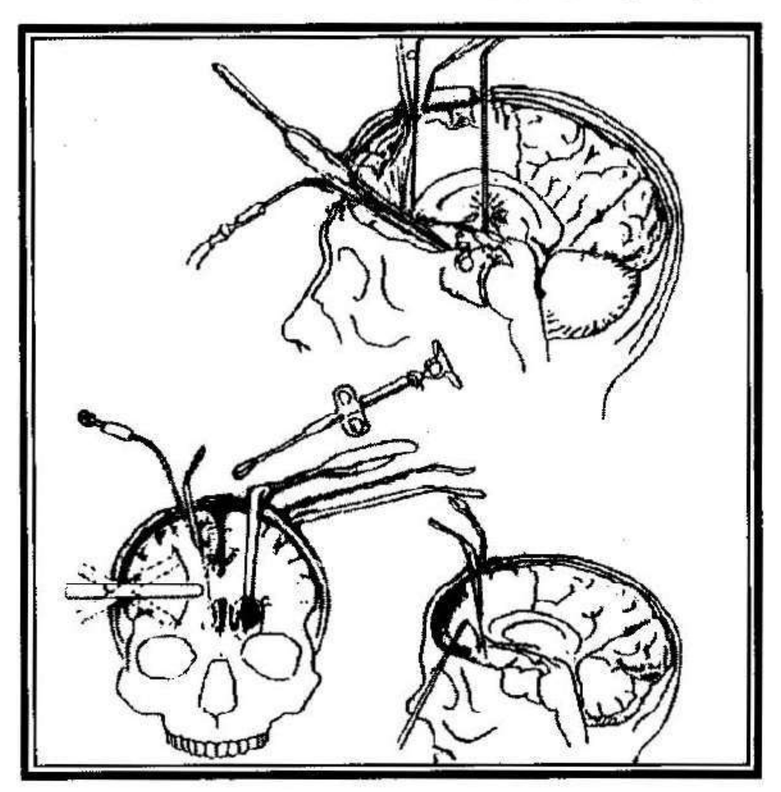
يلجأ الأخصائيون فى بعض حالات الأمراض النفسية المزمنة - وبعد فشل بقية أنواع ووسائل وطرق العلاج الأخرى - وكآخر محاولة إلى الجراحة (جراحة المخ brain surgery وهى جراحة عصبية neurosurgery متخصصة جدا) بقصد علاج الاضطراب النفسى أو المرض العقلى بحيث يحصلون على أكبر قدر من التحسن العقلى وأقل قدر من التضحية . وقد بدأ هذا النوع من العلاج على يد مونيز Moniz سنة ١٩٣٦ فى لشبونة بالبرتغال . وبالطبع سبق ذلك دراسات تجريبية لهذا النوع من العلاج على الحيوانات العليا (وخاصة القردة) قام بها فولتون وجاكوبسين Fulton and Jacobsen سنة ١٩٣٥ حيث لوحظ الهدوءوعدم الاكتراث بالمثيرات التى كانت تثيرهم قبل إجراء العملية الجراحية . ويلاحظ أن بعض الدول لا تستخدم الجراحة النفسية . ولحسن الحظ فإن التقدم فى العلاج الدوائى قد قلل من اللجوء إلى العلاج الجراحى . وعلى العموم فأهم العمليات الجراحية التى تجرى للمرضى النفسيين وأكثرها شيوعا هى عملية « شق الفص الأمامى».

عملية شق مقدم الفص الأمامى: «Prefrontal leucotomy»(١)

كانت عملية فصل الفص الأمامى (الجبهى) عن بقية أجزاء المخ تتم فى أول الأمر بحقن الفص الأمامى بالكحول، ثم حل محلها قطع الألياف البيضاء الموصلة بين الفص الأمامى والمهيد . والعملية كانت عبارة عن عمل ثقبين فى عظام الجمجمة ليتمكن الجراح من عمل شق فى الألياف البيضاء فيما بين الفص الأمامى والمهيد hypothalamus ليقطع الاتصال العصبى ويثبط رد الفعل الانفعالى

(١) راجع الجهاز العصبى (فى الفصل الأول).

ويحدث تغيرا فى السلوك . ويلاحظ أن الجراح عادة يترك قسما من هذه الألياف تكفى لاحتفاظ المريض بقدرته على العمل وعلى التوافق .



شكل (١١٢) عملية شق مقدم الفص الأمامى

سير العلاج الجراحى النفسى:

يجب بعد إجراء العملية الجراحية فى المخ استمرار العلاج النفسى والاجتماعى لإعادة تعليم المريض عادات وطباعا جديدة وتأهيله فى فترة النقاهة. ويقرر بعض المعالجين أن نتائج العلاج الجراحى النفسى تتوقف على نجاح العملية والتمريض وحالة المريض. ووجد أنه فى أحسن الظروف تتحسن حالة ثلث المرضى، والثلث الثانى لاتتغير حالته، والثلث والثلث تسوء حالته.

مفعول العلاج الجراحى النفسى:

لاشك أن فوائد العملية الجراحية فى الغالب أكثر من مضارها. ويلاحظ أنه كلما كان تركيب الشخصية قبل المرض حسنا كلما كانت النتائج أحسن. والفكرة الأساسية وراء الجراحة النفسية هى أن قطع الاتصال أو المسار العصبى بين الفصين الأماميين للمخ (مركز الوظائف العقلية العليا مثل التكفير والإدراك والإرادة) وبين المهيد (مركز الانفعالات) يقلل من عذاب الأفكار المضطربة والإدراك

المشوه والإرادة الضعيفة. وفى حالة نجاح العملية يصبح الأداء الوظيفى للمريض أبسط من ذى قبل، وتصبح حياته العملية أخفض مستوى ولكنها أكثر رضا. ويزداد تمركز المريض حول ذاته واهتمامه بالحاضر وإهماله لخبرات الماضى وأمر المستقبل، ويتخلص من النقد الذاتى المرير والانهيار العصبى، ويقل هياجه وعدوانيته. ورغم أن قدرات المريض تتأثر بعض الشئ إلاأنها فى الغالب لا تتأثر تأثرا خطيرا.

مضاعفات العلاج الجراحى النفسى:

يرى البعض أن الجراحة النفسية قليلة النفع كثيرة الضرر. فمن مضاعفاتها: التدهور العقلى المعرفى خاصة فقد الذاكرة،وفقد القدرة على المبادأة، وضعف الإرادة،ونقص الدافعية، ونقص القدرة على التقدير الصائب والتخطيط السليم، وانخفاض مستوى الطموح، والتذبذب والسيولة والضحالة الانفعالية، والهدوء والخمول والكسل والسلبية، واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية ومشاعرالآخرين، والشره والسمنة المفرطة،ونوبات الصرع، والتدهور العام والعيش حتى يقضى الله أمرا كان مفعولا.

استخدامات العلاج الجراحى النفسى:

يستخدم العلاج الجراحى النفسى (كآخر حل وبعد فشل جميع المحاولات العلاجية الأخرى) فى حالات: الفصام المزمن، والاكتئاب المزمن، والقلق المزمن، وعصاب الوسواس والقهر الشديد.

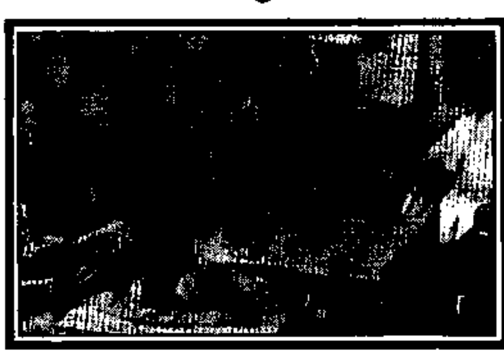
التأهيل الطبى النفسى: Psychiatric Rehabilitation

التأهيل أساسا هو خدمات متخصصة لمساعدة المريض على تحقيق **أقصى درجة من التوافق** أثناءمرضه وعندما يعود إلى حياته العادية بعد شفائه.

ونحن نعلم أنه فى كثير من الأحيان يؤدى علاج الحالة إلى إحداث تغيير فى الإطار الاجتماعى أو فى سلم التعليم أو فى المهنة، وهذا يحتاج إلى **خدمات التأهيل حسب الوضع الجديد**. ويجب الاهتمام بإعادة تعليم وإعادة توافق المريض فى مجتمعه بعد علاجه.

ولا ينكر أحد أن بعض الأمراض النفسية أو العاهات التى يصاحبها اضطرابات نفسية تترك - حتى بعد الشفاء - بواق طويلة الأمد أومزمنة، وهنا واجب من واجبات التأهيل بالنسبة لهذه البواقى، حيث يجب العمل على توافق الفرد لأقصى درجة ممكنة حتى مع وجود هذه البواقى.

وهكذا ينظر التأهيل الطبى النفسى إلى العيادة النفسية أو المستشفى كمكان يتعدل فيه سلوك المريض، وليس مجردمكان يتلقى فيه المريض نوعا نمطيا جامدا من العلاج، ويتبنى **اتجاها ملخصه التعامل مع شخص مريض أكثر من التعامل مع مرض** (شكل ١١٣).



شكل (١١٣) التأهيل الطبى النفسى

طريقة التأهيل الطبى النفسى:

تتلخص أهم معالم طريقة التأهيل الطبى النفسى فيما يلى:

* تكوين علاقة علاجية إنسانية سليمة مع المريض، كلها اهتمام واحترام وأمن وتطمين ومساندة ومشاركة وتشجيع (علاقة أفقية وليست رأسية).
* أخذ جميع البيانات والمعلومات عن المريض (انظر الفصل الرابع) مع الاهتمام بأشياء مثل تاريخ الأسرة والبلوغ أو سن القعود والميول والاهتمامات والصداقات...إلخ.
* العلاج الاجتماعى (علاج المحيط البيئى) والتدخل بتعديل بعض عناصر البيئة الاجتماعية التى سيعيش فيها المريض، وإعادة التطبيع الاجتماعى وتمكين المريض من التفاعل الاجتماعى مع الآخرين من المرضى ومن الأسوياء وإشراكه فى أوجه نشاط مخطط بالعيادة أو المستشفى وإشراكه فى النوادى وتيسير الخدمات الترفيهية.
* العمل على تحقيق التوافق الاجتماعى السوى أثناء وبعد المرض وتعلم المريض أساليب التوافق.
* الاستعانة بأسرة المريض بعد تعليمهم وتدريبهم وإبعادهم عن أسلوب العطف والمواساة للمريض والشعور بالذنب والعار.
* العلاج بالعمل (للكبار) وباللعب (للصغار).
* الاهتمام بالتوجيه والتأهيل المهنى للمريض.
* اتخاذ النماذج الممتازة من المرضى السابقين فى التأهيل كنماذج للمستجدين.
* يجب أن تمتد هذه الخدمات إلى ما بعد خروج المريض من المستشفى، لأنه من المعروف أنه بدون نظام شامل وخطة محكمة للمتابعة يكون المريض عرضة للنكسة.

قيمة التأهيل الطبى النفسى:

القيمة الكبرى للتأهيل الطبى النفسى هى تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى والمهنى وتأهيل الفرد لمواجهة وتخطى الحواجز النفسية الاجتماعية عندما يخرج إلى المجتمع حيث الاتجاهات السالبة نحو المرض النفسى والمرضى النفسيين.وهو يعين المريض فى التغلب على مشاعر النقص والخسارة وبخس الذات.

استخدام التأهيل الطبى النفسى:

يستخدم التأهيل الطبى النفسى جنبا إلى جنب مع معظم أنواع العلاج، ثم يلى العلاج.

العلاج النفسى الدينى

من أهم أهداف **التربية والصحة النفسية** تنمية المواطن الصالح المؤمن، والإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة، والفرد الذى يعيش فى سعادة وسلامة وسلام. والتربية بمعناها الواسع تشمل التربية الدينية، والنمو بمعناه الشامل يتضمن النمو الدينى والأخلاقى ، والصحة النفسية بمعناها الواسع تشمل السعادة فى الدنيا والدين.

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان، وهو يعلم من خلق. والخالق هو الذى يعرف كيف يصير الإنسان سويا، ووضع لذلك القوانين السماوية، وهو الذى يعرف ماذا يفسد الإنسان، وهو الذى يعرف طريق وقايته وصيانته، وهو الذى يعرف طريقة علاجه وصلاحه. وفيما نرى أن علماء النفس العلاجى يجب أن يستفيدوا من الدين وأن يلتزموا بقوانين الخالق لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذى خلقه. قال الله تعالى: ﴿ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير﴾.

وفى عقيدتنا كما قال الله تعالى: ﴿إن الدين عند الله الإسلام﴾ خاتم الأديان وجامعها. ولذلك فنحن نسترشد بالقرآن الكريم لأنه خاتم الكتب السماوية، ونسترشد بالحديث الشريف لأن محمداً ﷺ خاتم الأنبياء والمرسلين. قال الله تعالى: ﴿آمن الرسول بما أنزل إليه من ربه والمؤمنون، كل آمن بالله وملائكته وكتبه ورسله لا نفرق بين أحد من رسله...﴾ وقال الله تعالى: ﴿قولوا آمنا بالله وما أنزل إلينا وما أنزل إلى إبراهيم وإسماعيل وإسحاق ويعقوب والأسباط وما أوتى موسى وعيسى وما أوتى النبيون من ربهم لا نفرق بين أحد منهم ونحن له مسلمون﴾ وقال الله تعالى عن القرآن الكريم: ﴿وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين...﴾ وقال: ﴿ياأيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما فى الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين﴾ وقال: ﴿قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء...﴾ وقال: ﴿إن هذا القرآن يهدى للتى هى أقوم ويبشر المؤمنين...﴾ وقال رسول الله ﷺ: «إنى تركت فيكم ماإن تمسكتم به لن تضلوا من بعدى: كتاب الله وسنتى».

أسباب الاضطراب النفسى فى رأى الدين:

رأينا فى عرضنا لأسباب الأمراض النفسية أن من أخطر الأسباب **الضلال** والبعد عن الدين وعن الإيمان، أو الإلحاد وتشوش المفاهيم الدينية وضعف القيم والمعايير الدينية، وعدم ممارسة العبادات، والشعور بالذنب وتوقع العقاب، والضعف الأخلاقى وضعف الضمير، والفرق بين القيم الأخلاقية المتعلمة والفعلية، والفرق بين المثل التى يتمناها الفرد وبين الواقع الفعلى.

ونحن نعلم أن من أخطر الأسباب النفسية للاضطراب هو **الصراع**. وأخطر الصراعات فى الإنسان الصراع بين قوى الخير والشر، وبين الحلال والحرام، وبين الجانب الملائكى والحيوانى فى الإنسان. أى أن الصراع قد ينشأ بين النفس اللوامة والنفس الأمارة بالسوء، فيتأثر بذلك اطمئنان

النفس المطمئنة ويحيلها إلى نفس مضطربة. ونحن نعرف أن الصراع إذا استحكم صرع الإنسان وأدى إلى القلق الذى يؤرقه.

ويجمع أنصار العلاج النفسى الدينى على أن **الخطيئة** وهى الذنب أوالإثم على مستوى الشعور، **والشعور بالإثم** نتيجة ما ارتكبه الإنسان من أعمال وسوس إليه بها الشيطان وكان يود ألا يرتكبها - يعتبران العنصر الأساسى فى تكوين العصاب.

ويقول البعض إن الأمراض النفسية ومظاهر سوء التوافق النفسى هى **أمراض الضمير**، أو هى حيلة هروبية من تأنيب الضمير. (مصطفى فهمى، ١٩٧٠).

أعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين:

رأينا فى عرضنا لأعراض الأمراض النفسية أن من أهم الأعراض **مشاعر الذنب الشاذة والعدوان والسلوك الجنسى المنحرف والانتحار.**

وعلى العموم تعتبر أعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين **استجابة غير سوية لضمير المريض** بسبب ما تعرض له من إهمال، أو نتيجة لقيام الفرد بسلوك يتضمن نوعا من التحدى السافر لقوة الضمير.

ومحور العصاب هو **الخطيئة والشعور بالذنب** مما يهدد الذات ويسبب حالة عدم الاتزان النفسى وسوء التوافق الاجتماعى.

يضاف إلى هذا **الخوف** المرضى الدائم المتكرر الذى يصاحبه سلوك عصابى قهرى. ويلاحظ **القلق** المصحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الخطر وعدم الاستقرار العام. ويشاهد **الاكتئاب** والتشاؤم وفقدان الأمن النفسى والسلام.

الوقاية الدينية من المرض النفسى:

الإيمان والتدين عقيدة خالصة وعمل مخلص، والسلوك يجب أن يكون وفقا لها. والسلوك الذى يخرج على الدين، والسلوك الذى يأخذ شكل العبادة الآلية أمر خطير قد يؤدى إلى السلوك المنحرف. وقد تؤدى التيارات السلوكية المستوردة بلا تنقية إلى نكسة تصيب الناس فى عقيدتهم الدينية وإيمانهم بتعاليم الدين وعملهم وسلوكهم على هداه مما يؤدى إلى تشويه الشخصية الفردية والاجتماعية. (محمد كامل النحاس، ١٩٦٤).

وتتضمن الوقاية الدينية من المرض النفسى الاهتمام بكل من **التربية الدينية والأخلاقية وبناء نظام القيم** كدعامة أساسية للسلوك السوى وشرط أساسى لتحقيق التوافق النفسى.

ومن أهم معالم طريق الوقاية بناء **شخصية المؤمن** كما حددها الدين. إن غاية المطلوب **هوالنفس المطمئنة** التى توفق بين **النفس الأمارة بالسوء** و بين **النفس اللوامة**، وتنمية **النفس البصيرة.**

التربية الدينية:

عرفنا أن التربية بمعناها الواسع تشمل التربية الدينية. وتربية الشخص المؤمن تضم تربيته فى حدود **إطار مرجعى دينى للسلوك**، يحدد ما أحل الله طمعا فى ثواب جنته التى وعد المتقين وخوفا من عقاب ناره التى أعدها للكفار. ذلك أن التعاليم الدينية والقيم الروحية والأخلاقية تهدى الفرد إلى السوك السوى و تجنبه الوقوع فى الخطأ ومشاعر الذنب وعذاب الضمير فيشعر بالأمن النفسى ويتمتع بالصحة النفسية. ولقد جاء فى الكتاب المقدس: «من يسلك بالاستقامة يسلك بالأمان».

ويجب أن تهتم التربية بتنمية **القيم الدينية** وهى تركزعلى اهتمام الفرد وميله إلى معرفة ما وراء العالم الظاهرى ومعرفة أصل الإنسان ومصيره ومعرفة الله ومحبته.

ويوصى الدين بإحداث **التوازن بين جانبى الحياة: المادى والروحى،** تحقيقا للتوافق النفسى وتكامل الشخصية. ويؤكد الدين الاهتمام بكل من الحياة الدنيا والحياة الآخرة. قال الله تعالى ﴿وابتغ فيما آتاك الله الدار الآخرة، ولا تنس نصيبك من الدنيا﴾.وقال رسول الله ﷺ: «ليس خيركم من ترك الدنيا للآخرة ولا الآخرة للدنيا ولكن خيركم من أخذ من هذه وهذه». وقال على بن أبى طالب رضى الله عنه: «اعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا، واعمل لآخرتك كأنك تموت غدا».

وهكذا يجب **الاهتمام بالنمو الدينى** للفرد، وتوفير **القدوة الحسنة** والسلوك النموذجى للاهتداء به. قال الله تعالى: ﴿لقد كان لكم فى رسول الله أسوة حسنة...﴾.

التربية الأخلاقية:

الدين هو الطريق إلى بقاء ودوام القيم الإنسانية **والقيم الأخلاقية** التى تعتبر إطاراً مرجعياً لسلوك الفرد وأسلوب حياته. والأخلاق المستمدة من الدين تنظم سلوك الإنسان وتجعل من شخصيته وفى شخصيته ضميرا حيا يهديه إلى الصراط المستقيم ويحاسبه إن هوأخطأ أو انحرف. ولقد وصف الله تعالى رسوله العظيم بقوله: ﴿وإنك لعلى خلق عظيم﴾. وقال رسول الله ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق». وقال على بن أبى طالب رضى الله عنه: «نعم الحسب الخلق الحسن».

شخصية المسلم:

ولأغراض الوقاية وتحقيق الصحة النفسية، يجب الاهتمام بنمو شخصية المسلم كما حددها الدين. (انظر مصطفى عبدالواحد، ١٩٧٠، حامد زهران وإجلال سرى، ١٩٩٠). ولو أردنا استعراض سمات شخصية المسلم كما حددها الدين متمثلا فى كتاب الله وسنة رسوله لاستغرق هذا مجلدا كاملاً. ولكن نورد فيما يلى نماذج من كلام الله عزوجل وحديث رسوله ﷺ **فى سمات شخصية المسلم:**

الإيمان: ويتضمن الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله وبالقدر واليوم الآخر.

* الإيمان بالله: قال الله تعالى: ﴿ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شيء عليم﴾. وقال ﴿إن الله لا يغفر أن يشرك به ويغفر ما دون ذلك لمن يشاء، ومن يشرك بالله فقد ضل ضلالا بعيدا﴾. وقال: ﴿وإذا سألك عبادى عنى فإنى قريب، أجيب دعوة الداع إذا دعان فليستجيبوا لى وليؤمنوا بى لعلهم يرشدون﴾. وقال: ﴿إنما المؤمنون الذين إذا ذكر الله وجلت قلوبهم وإذا تليت عليهم آياته زادتهم إيماناً وعلى ربهم يتوكلون﴾.

* التصديق بالملائكة: قال الله تعالى :﴿الذين يحملون العرش ومن حول يسبحون بحمد ربهم ويؤمنون به ويستغفرون للذين آمنوا...﴾. وقال: ﴿وإن عليكم لحافظين. كراما كاتبين. يعلمون ماتفعلون﴾.

* الإيمان بالكتب السماوية: قال الله تعالى: ﴿إنا أنزلنا التوراة فيها هدى ونور...﴾. وقال: ﴿وقفينا على آثارهم بعيسى بن مريم مصدقا لما بين يديه من التوراة وآتيناه الإنجيل فيه هدى ونور....﴾. وقال: ﴿وآتينا داود زبورا﴾. وقال: ﴿إنا نحن نزلنا عليك القرآن تنزيلا﴾.

* الإيمان بالرسل: قال الله تعالى: ﴿... وإن من أمة إلا خلا فيها نذير﴾ وقال: ﴿رسلا مبشرين ومنذرين لئلا يكون للناس على الله حجة بعد الرسل...﴾. وقال: ﴿لقد كان لكم فى رسول الله أسوة حسنة﴾.

* الإيمان بالقدر: قال الله تعالى: ﴿إنا كل شيء خلقناه بقدر﴾ وقال: ﴿ما أصاب من مصيبة فى الأرض ولا فى أنفسكم إلا فى كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير﴾. وقال: ﴿قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا هو مولانا، وعلى الله فليتوكل المؤمنون﴾.

* الإيمان باليوم الآخر: قال الله تعالى:﴿وإن الساعة آتية لا ريب فيها﴾. وقال : ﴿وما هذه الحياة الدنيا إلا لهو ولعب وإن الدار الآخرة لهى الحيوان...﴾. وقال: ﴿ربنا إنك جامع الناس ليوم لا ريب فيه، إن الله لا يخلف الميعاد﴾. وفى الحديث القدسى عن الله عزوجل: «أعددت لعبادى الصالحين فى الجنة ما لا عين رأت ولا أذن سمعت ولا خطر على قلب بشر».

العبادة: قال الله تعالى: ﴿وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه...﴾. وقال: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾. وقال: ﴿وأقيموا الصلاة وآتوا الزكاة...﴾. وقال: ﴿ياأيها الذين آمنوا كتب عليكم الصيام كما كتب على الذين من قبلكم لعلكم تتقون﴾. وقال: ﴿ولله على الناس حج البيت من استطاع إليه سبيلا...﴾. وقال رسول الله ﷺ: «اعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك».

المسئولية: وتشمل:

* مسئولية الاختيار: فالإنسان بنعمة العقل مخير. قال الله تعالى: ﴿وهديناه النجدين﴾. وقال: ﴿وقل الحق من ربكم فمن شاء فليؤمن ومن شاء فليكفر﴾. وقال. ﴿بل الإنسان على نفسه بصيرة﴾.

* طلب العلم: قال الله تعالى: ﴿اقرأ باسم ربك الذى خلق. خلق الإنسان من علق، أقرأ وربك الأكرم. الذى علم بالقلم، علم الإنسان مالم يعلم﴾. وقال: ﴿... قل هل يستوى الذين يعلمون والذين لا يعلمون إنما يتذكر أولوا الألباب﴾. وقال: ﴿إنما يخشى الله من عباده العلماء﴾. وقال: ﴿وقل رب زدنى علما﴾. وقال رسول الله ﷺ: «من سلك طريقا يلتمس فيه علما سهل الله له طريقا إلى الجنة». وقال: «إن الملائكة لتضع أجنحتها على طالب العلم رضا بمايصنع». وقال: «من سئل عن علم فكتمه ألجمه الله بلجام من نار يوم القيامة».

* الصدق: قال الله تعالى: ﴿ يا أيها الذين آمنو اتقوا الله وكانوا مع الصادقين﴾.

* الأمانة: قال الله تعالى: ﴿إن الله يأمركم أن تؤدوا الأمانات إلى أهلها...﴾.

* التسامح: قال الله تعالى: ﴿ولا تستوى الحسنة ولا السيئة، ادفع بالتى هى أحسن فإذا الذى بينك وبينه عداوة كأنه ولى حميم﴾. وقال: ﴿وليعفوا وليصفحوا ألا تحبون أن يغفر الله لكم﴾. وقال رسول الله ﷺ: «الراحمون يرحمهم الله تعالى: ارحموا من فى الأرض يرحمكم من فى السماء».

* التعاون: قال الله تعالى: ﴿وتعاونوا على البر والتقوى﴾. وقال: ﴿إنما المؤمنون إخوة﴾. وقال: ﴿والمؤمنون والمؤمنات بعضهم أولياء بعض﴾. وقال رسول الله ﷺ: «لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه». وقال: «مثل المؤمنين فى توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء بالسهر والحمى».

* الصبر: قال الله تعالى: ﴿يا أيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين﴾. وقال: ﴿وبشر الصابرين﴾.

* العفة: قال الله تعالى: ﴿وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هى المأوى». وقال: ﴿وليستعفف الذين لا يجدون نكاحا حتى يغنيهم الله من فضله﴾.

* العزة: قال الله تعالى: ﴿ولله العزة ولرسوله وللمؤمنين﴾.

* القوة والصحة: قال رسول الله ﷺ: «المؤمن القوى خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف، وفى كل خير...». وقال: «تداووا فإن الله لم يضع داء إلا وضع له دواء، غير داء واحد: الهرم».

* البعد عن الحرام: قال الله تعالى: ﴿قل تعالوا أتل ما حرم ربكم عليكم ألا تشركوا به شيئا، وبالوالدين إحسانا، ولا تقتلوا أولادكم من إملاق، نحن نرزقكم وإياهم، ولا تقربوا الفواحش ما ظهر منها وما بطن، ولا تقتلوا النفس التى حرم الله إلا بالحق، ذلكم وصاكم به لعلكم تعقلون،

ولا تقربوا مال اليتيم إلا بالتي هي أحسن حتى يبلغ أشده، وأوفوا الكيل والميزان بالقسط، لا نكلف نفسا إلا وسعها. وإذا قلتم فاعدلوا ولو كان ذا قربى. وبعهد الله أوفوا ذلكم وصاكم به لعلكم تذكرون. وأن هذا صراطي مستقيما فاتبعوه ولا تتبعوا السبل فتفرق بكم عن سبيله، ذلكم وصاكم به لعلكم تتقون﴾. وقال: ﴿يا أيها الناس قد جاءكم الحق من ربكم، فمن اهتدى فإنما يهتدى لنفسه، ومن ضل فإنما يضل عليها...﴾. وقال رسول الله ﷺ: «اتق المحارم تكن أعبد الناس».

طريقة العلاج النفسي الديني:

يضع البعض **«العلاج الديني»** الذي يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادىء دينية روحية أخلاقية مقابل **«العلاج الدنيوي»** ويقصد به بقية طرق العلاج التي تقوم على أساليب ومفاهيم ومبادىء وضعها البشر. إن الدين يوفر الأمن الذي قد لا يستطيع علم النفس أن يوفره. وعلى الرغم من هذا ففي طرق العلاج النفسي الدنيوي نجد بعض مشايخها يؤمنون أن الدين عامل هام في إعادة الطمأنينة والسلام والأمن النفسي. فقد أكد كارل يونج Jung (١٩٣٣) أهمية الدين وضرورة إعادة غرس الإيمان والرجاء لدى المريض. وأكد ستيكيل Stekel أهمية تدعيم الذات الأخلاقية.

والعلاج النفسي الديني أسلوب **توجيه وإرشاد وتربية وتعليم**. ويقوم العلاج النفسي الديني على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادىء الروحية والأخلاقية.

وهدف العلاج النفسي الديني تحرير المريض أو الشخص المضطرب من مشاعر الخطيئة والإثم التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي ومساعدته على تقبل ذاته وتحقيق وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسي. قال رسول الله ﷺ: «ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء». وكان النبي ﷺ إذا أتى مريضا أو أتى به قال: «أذهب البأس رب الناس، اشف وأنت الشافي لا شفاء إلا شفاؤك شفاء لا يغادر سقما». (انظر محمد عثمان نجاتي، ١٩٨٢).

ويحتاج العلاج الديني إلى **المعالج المؤمن** ذي البصيرة، القادر على الإقناع والإيحاء والمشاركة الوجدانية. وليس من شأن المعالج أن يحكم على معتقدات واتجاهات المريض. وليس معنى هذا أنه لا يناقش هذه المعتقدات، ولكن المهم ألا يتدخل فيها ولا يغيرها. (هادلي Hadley، ١٩٥٨). ونصيحتنا للمعالج النفسي أن يتبع تعاليم الدين الذي يتبعه وأن يحترم الديانات السماوية الأخرى.

هذا ويمكن أن يمارس العلاج الديني كل من **المعالج النفسي والموجه والمربي وعالم الدين**.

والعلاج النفسي الديني ليس عملية من جانب المعالج وحده، ولكنه **عملية يشترك فيها المعالج والمريض**. فالمعالج يتناول مع المريض موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ويشتركان معا في عملية تعليم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة.

ويسير العلاج النفسى الدينى فى **خطوات** هى:

الاعتراف:

وهو يتضمن شكوى النفس من النفس طلبا للخلاص وللغفران. والاعتراف فيه إفضاء الإنسان بما فى نفسه إلى الله. والاعتراف يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها. ولقد جاء فى القرآن الكريم اعتراف على لسان آدم وحواء عليهما السلام عند مخالفتهما أمر الله، إذ قالا كما جاء فى قوله تعالى: ﴿ربنا ظلمنا أنفسنا وإن لم تغفر لنا وترحمنا لنكونن من الخاسرين﴾. ويظهر مفهوم الذات الخاص حين يكشف المريض عن «عورته النفسية» بقصد العلاج. ولذلك يجب على المعالج مساعدة المريض على الاعتراف بخطاياه وتفريغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الإثم المهددة. ويتقبل المعالج ذلك فى حياد. ويتبع الاعتراف التكفير عن الإثم والرجوع إلى الفضيلة.

التوبة:

والتوبة هى طريق المغفرة، وهى أمل المخطيء الذى تحطمه ذنوبه، وهى التى تحرره من آثامه وخطاياه، وهى الأمل فى الغفران، وتشعر الفرد بالتفاؤل والراحة النفسية. والتوبة كما يقول الإمام أبو حامد الغزالى (فى إحياء علوم الدين)لها أركان ثلاثة: علم وحال وفعل: فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير. إن التوبة تؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد أن كان يحتقرها. ونحن نعرف أن: كل ابن آدم خطاء وخير الخطائين التوابون. ويقول الله عزوجل فى حديث قدسى: «ياعبادى إنكم تخطئون بالليل والنهار، وأنا أغفر الذنوب جميعا، فاستغفرونى أغفر لكم». وفى التوبة قال الله تعالى: ﴿ياأيها الذين آمنوا توبوا إلى الله توبة نصوحا عسى ربكم أن يكفر عنكم سيئاتكم ويدخلكم جنات تجرى من تحتها الأنهار...﴾. وقال: ﴿إنما التوبة على الله للذين يعملون السوء بجهالة ثم يتوبون من قريب فأولئك يتوب الله عليهم، وكان الله عليما حكيما﴾. وقال: ﴿إن تجتنبوا كبائر ما تنهون عنه نكفر عنكم سيئاتكم وندخلكم مدخلا كريما﴾. وقال: ﴿الذين يجتنبون كبائر الإثم والفواحش إلا اللمم إن ربك واسع المغفرة﴾. وقال: ﴿والذين إذا فعلوا فاحشة أو ظلموا أنفسهم ذكروا الله فاستغفروا لذنوبهم ومن يغفر الذنوب إلا الله ولم يصروا على ما فعلوا وهم يعلمون. أولئك جزاؤهم مغفرة من ربهم وجنات تجرى من تحتها الأنهارخالدين فيها ونعم أجر العاملين﴾. وقال: ﴿إن الله يحب التوابين ويحب المتطهرين﴾. وقال: ﴿وهو الذى يقبل التوبة عن عباده ويعفو عن السيئات ويعلم ما تفعلون﴾وقال :﴿قل ياعبادى الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا إنه هو الغفور الرحيم﴾. وتتضمن التوبة الدعاء. قال تعالى: ﴿وقال ربكم ادعونى أستجب لكم﴾. وقال رسول الله ﷺ: «إذا سألت فأسأل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله». وقال: «التائب حبيب الرحمن، والتائب من الذنب كمن لا ذنب له»

الاستبصار:

وهو الوصول بالمريض إلى فهم أسباب شقائه النفسى ومشكلاته النفسية والدوافع التى أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب، وفهم المريض لنفسه وطبيعته الإنسانية ومواجهتها وفهم ما بنفسه من خير ومن شروتقبل المفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا. ويتضمن هذا نمو الذات البصيرة، وهى الذات التى تحكم السلوك السوى للإنسان فى ضوء بعدين رئيسيين: البعد الرأسى الذى يحدد علاقة الإنسان بربه، والبعد الأفقى الذى يحدد العلاقة بين الإنسان وأخيه الإنسان. قال الله تعالى: ﴿وإنى لغفار لمن تاب وآمن وعمل صالحا ثم اهتدى﴾. وقال: ﴿بل الإنسان على نفسه بصيرة﴾.

التعلم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة:

ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على ترويض النفس وعلى ضبط الذات وتحمل المسئولية والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية مشروعة فى الحياة مثل القدرة على الصمود وعلى العمل والإنتاج. وهكذا يتم تكوين وتنمية النفس اللوامة أو الضمير أو الأنا الأعلى كسلطة داخلية أو رقيب نفسى على السلوك. ويتم تطهير النفس وإبعادها عن الرغبات المحرمة واللاأخلاقية واللا اجتماعية. ويستقيم سلوك الإنسان بعد أن يتبع السيئات الحسنات تمحوها، وتطمئن النفس المطمئنة. قال الله تعالى: ﴿إن الحسنات يذهبن السيئات﴾. وقال: ﴿ياأيتها النفس المطمئنة ارجعى إلى ربك راضية مرضية، فادخلى فى عبادى وادخلى جنتى﴾.

الدعاء:

وهو سؤال الله والالتجاء إليه فى كشف الضر. قال الله تعالى: ﴿وقال ربكم ادعونى أستجب لكم﴾. وقال رسول الله ﷺ: «إذا سألت فاسأل الله وإذا استعنت فاستعن بالله».

ذكر الله:

وهو غذاء روحى مطمئن ومهدىء يبعد الوسواس والقهر. قال الله تعالى: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله، ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾.

استخدامات العلاج النفسى الدينى:

يستخدم العلاج النفسى الدينى بصفة خاصة فى الحالات التى يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الدينى للمريض كما سبق أن أوضحنا. ويفيد العلاج الدينى فى **حالات** القلق، والوسواس، والهستيريا، وتوهم المرض والخواف، والاضطرابات الانفعالية، ومشكلات الزواج، والإدمان، والمشكلات الجنسية.

خاتمة فى العلاج النفسى الدينى:

رأينا أن الدين وسيلة لتحقيق **الإيمان والأمان والسلام والأمن النفسى**.والدين هبة من الله لخير الإنسان يعينه على الحياة السوية. والدين إيمان وأخلاق وعمل صالح، وهو الطريق إلى العقل. والدين محبة، وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة والسلامة والسلام.

ورحم الله ابن القيم الذى قال: إن العلاج الدينى هو أجود العلاج وانفعه، وأفضله وأنجعه، وأكمله وأجمعه.

العلاج النفسى التدعيمى
Supportive Psychotherapy

هو علاج يعامل الجزء السليم من الشخصية وينميه ويدعمه، ويترك الجزء المريض تتناوله الأدويةوغيرها من طرق العلاج حتى يختفى بالتدريج. ومن خصائص العلاج النفسى التدعيمى أنه يضع أهمية كبيرة على الواقع الحاضر للمريض، ومن مميزاته أنه أقصر فى مدته وأكثر اقتصادا، وقد يستخدم بطريقة فردية أو بطريقة جماعية. وفى الواقع لا تكاد تخلو أى طريقة من طرق العلاج من علاج التدعيم. (فرازير وكار Frazier & Carr، ١٩٦٤).

وهدف العلاج النفسى التدعيمى تدعيم بناء الشخصية وتخفيف الأعراض وجعل المريض يعيش سعيدا متوافقا فى مجتمعه حتى على الرغم من وجود بعض بقايا مرضه، والاحتفاظ بالمستوى السابق للتوافق السليم نسبيا.

طريقة العلاج النفسى التدعيمى:

فيما يلى أهم ملامح طريقة العلاج النفسى التدعيمى:

* مساعدة المريض ومعاونته ومساعدته فى أوقات الشدة والضغط التى تسبب المشكلات.
* إتاحة فرصة التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالى للشحنات الانفعالية والصراعات والإحباطات والخبرات الصادمة مع المشاركة الانفعالية من جانب المعالج، والتحصين التدريجى ضد الحساسية الانفعالية. وقد قدم واتكينز Watkins (١٩٤٩) طريقة أسماها علاج **«قلم السم»** Poison-pen therapy وفيها يكتب المريض خطابات صاخبة غاضبة منفعلة ويناقشها مع المعالج. ويتضمن التنفيس أيضاً إحياء بعض الخبرات التى صاحبها الخوف أو القلق والتى لم يستطع المريض التغلب عليها، وتعليم المريض كيف يتغلب على مثل هذه المواقف.
* تقوية وتدعيم دفاعات المريض التوافقية.
* تعليم المريض الأساليب الصحية لمواجهة الحياة الواقعية، وتعليمه التحكم فى دوافعه.
* تحديد الحدود الواقعية لسلوك المريض.
* إفهام المريض و إقناعه وطمأنته لمزاولة الحياة الاجتماعية وممارسة الهوايات والفنون.
* تعريف المريض أن التعلم فى الحياة اليومية فيه المحاولة والخطأ وفيه النجاح والفشل دون الشعور بالذنب.
* إعادة ثقة المريض فى نفسه وتشجيعه على تحمل المسئوليات فى الأسرة وفى المجتمع بصفة عامة بشئ أكثر من الثقة فى النفس، ومساعدته فى التوافق فى العمل.
* إخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته وعلى مرضه.

* النصح المباشرة المبسط الذى يلونه المشاركة الوجدانية.
* التوجيه والإرشاد النفسى المباشر للمريض بخصوص مشكلاته. وتوجيه وإرشاد الأهل والأقارب بخصوص أهمية الهدوء الانفعالى والاستقرار العائلى حتى يعيش المريض صحيحا نفسيا، وتشجيعهم على مساعدة المعالج فى عمله ومساعدة المريض فى جهوده لتحقيق التوافق.
* الإيحاء والإقناع غير المباشر وخاصة بعد تحقيق علاقة علاجية سليمة أساسها الثقة فى المعالج والاحترام المتبادل بينه وبين المريض بهدف إحداث الاسترخاء التدريجى. وقد يلجأ المعالج فى عملية الإيحاء والإقناع إلى التنويم الإيحائى وإلى استخدام بعض الأدوية الوهمية .
* الاستفادة من العلاج بالقراءة لزيادة الفهم وخاصة حول الشخصية ومشكلاتها حسب مستوى ثقافة المريض وقراءة القصص التى تدور حول التغلب على المشكلات حتى يتوحد المريض مع البطل المناضل.
* الاستفادة بطريقة العلاج البيئى فى ضبط البيئة وتغيير ما يجب تغييره إذاكان ذلك ضروريا كوسيلة لتخفيف الضغط عن المريض.
* الاستعانة بطريقة العلاج الدينى والتوجيه الدينى كما سبق أن بينا.

سير العلاج النفسى التدعيمى:

يكون العلاج جلسة أسبوعية أو كل أسبوعين ، ولمدة تتراوح حسب الحالة بين ٣ ـ ٦ شهور لإتمام العلاج، وفى حالات قليلة قد يمتد العلاج إلى سنة.

استخدامات العلاج النفسى التدعيمى:

يستخدم العلاج النفسى التدعيمى فى حالات القلق، وحالات الاكتئاب التفاعلى، والهستيريا، وحالات الفصام التى تعالج بالأدوية والعقاقير والصدمات، ومشكلات الشباب وغيرها من المشكلات والأزمات العابرة فى مراحل الانتقال المختلفة فى حياة المريض، وحالات عقدة الذنب، وحالات الاضطرابات الجسمية المرتبطة بالعاهات الجسمية.

العلاج بالقراءة
Bibliotherapy

يطلق عليه البعض **«القراءة العلاجية»**.

والعلاج بالقراءة **علاج مساعد** غير مباشر، ذو قيمة كبيرة في كثير من الأحيان. ويعتبر بعض المعالجين العلاج بالقراءة نوعا من العلاج بالعمل جنبا إلى جنب مع الحرفة اليدوية والألعاب الرياضية والنشاط الجماعي.

ومن المهتمين بالعلاج بالقراءة مكيني McKinney .

والعلاج بالقراءة **هو** استخدام مواد مكتوبة يقرؤها المريض ويتفاعل معها ويستفيد منها لتحقيق التوافق والصحة النفسية.

والعلاج بالقراءة **علاج متعدد الأهداف**، وأهم أهدافه: التربية والتعليم (معلومات، ميول، اتصال بالواقع، نمو البصيرة)، والتسلية، والتوحد مع الجماعة (نادي الكتاب، المكتبة، الصحف والمجلات). وعلى هذا يعتبره البعض نوعا من **«العلاج الأكاديمي»** Academic Therapy.

طريقة العلاج بالقراءة:

يستلزم توجيه المريض في إطار العلاج بالقراءة الاهتمام بمعرفة خلفيته التعليمية والثقافية وميوله واهتماماته وحاجاته وهواياته. ويتم تحديد مواد القراءة واختيار الكتب والكتيبات والمجلات والنشرات والموديولات Modules والقصص العلمية أو الأدبية بعناية بواسطة المعالج، ويوجه المريض إلى قراءتها بحيث تحقق الفوائد المرجوة من العلاج بالقراءة. ويتم تقديم مواد القراءة على أنها مقترحات وليست إلزاما، مع زيادة الدافعية والتشجيع وتأكيد الفائدة العلاجية للمادة المقروءة. (إجلال سرى، ١٩٩٠).

فوائد العلاج بالقراءة:

يمكن تحقيق الفائدة المرجوة من العلاج بالقراءة بإحدى الطرق الآتية:

* توحد المريض مع شخصية معينة أو خبرة معينة في الكتاب، وما يصاحب ذلك أو يتلوه من تصريف انفعالي بخصوص المادة التي يستوعبها المريض. وقد يتخلص المريض من فكرة أنه وحده الذي يعاني المتاعب والأمراض بل يجد أنه هو وغيره يشتركون في متاعب ومشكلات متشابهة. ومن أحسن الكتب المفيدة في هذا الصدد تلك التي تحتوي على مادة تصور البطل (أو البطلة) وقد قابلته المشكلات وتغلب عليها وحقق إنجازاً نتيجة لجهاده ونضاله وحربه ضد هذه المشكلات. وصور التوحد التي يستفاد منها بوضوح تكون عن طريق الإسقاط حيث يستغل المريض مرضه لإسقاط خصائصه وسماته على شخصية شريرة في القصة أو على الأب المكروه أو الأم المكروهة أو الزوج الخائن أو الزوجة الخائنة. والمريض هنا يعبر عن هذه السمات بدرجات

متفاوتة من التنفيس. ويمكن الاستفادة علاجيا عندما تستثير القراءة المريض وتجعله يقارن بين معايير المؤلف وبين معاييره وأفكاره الشخصية وقد يتبنى بعضها وقد يرفض البعض الآخر.

* ارتباط واتصال المريض بالواقع عن طريق قراءة الصحف والمجلات.

* تنمية رصيد المريض من الناحية العقلية المعرفية وخاصة عند المثقفين من المرضى، وتعليمه التفكير الإيجابى البناء، وفهم وتحليل المشكلات، وزيادة القدرة على تحليل الاتجاهات والسلوكيات ووضع حلول بديلة للمشكلات.

* إشباع حاجة المريض إلى الموافقة الاجتماعية وخاصة عن طريق اجتذاب اهتمام هيئة العلاج وجماعة المرضى.

* توفيرالوقت فى العلاج النفسى.

* حل مشكلات المريض الشخصية عن طريق التعرف على الحلول الممكنة والبديلة واختيار أفضلها بالنسبة له واستخدامها.

(شارلز تومبسون ، ليندا رودولف Thompson & Rudolph، ١٩٨٣، سلمى الأنصارى، ١٩٨٦، أرلينت هاينز، لويس ويدل Hynes & Wedl ، ١٩٩٠).

استخدامات العلاج بالقراءة:

يستخدم العلاج بالقراءة فى حالات كثيرة منها:

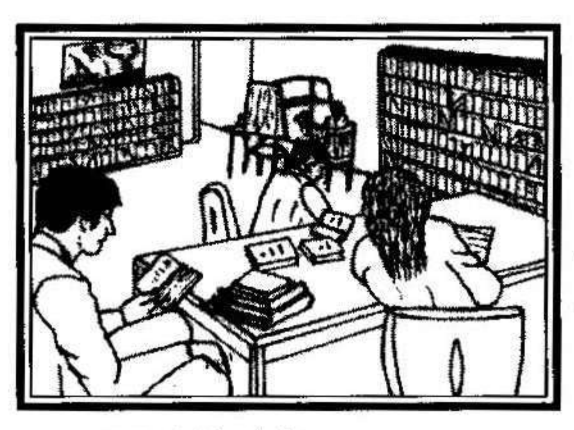
* الاضطرابات النفسية الجسمية.

* الاضطرابات النفسية الاجتماعية.

* الاضطرابات الانفعالية.

* الإرشاد العلاجى للكبار.

(جون بارديك، مارثا ماركوارد Pardeck & Markward، ١٩٩٥، بريان هودجز وآخرون Hodges et al.، ١٩٩٥).



شكل (١١٤) العلاج بالقراءة

العلاج العقلانى ـ الانفعالى
Rational-Emotive Therapy (RET)

تعريف:

العلاج العقلانى ـ الانفعالى هومحاولة إدخال المنطق والعقل فى الارشاد والعلاج النفسى. وقد أسماه ألبيرت إليس Elis (١٩٥٨) ـ شيخ هذه الطريقة ـ أول الأمر «العلاج النفسى العقلانى. Rational Psychotherapy. وقد بدأ إليس يبلور طريقته معتقدا أن المعلومات والأفكار غير العقلانية أو الخرافية التى تتعلم فى الطفولة تستمر إذا عززتولم تنطفىء. وأخذ إليس يطور طريقته لمساعدة المريض وتعليمه كيف يتعرف على أفكار غير العقلانية وكيف ينظم تكفيره ويغيره بأسلوب عقلانى فى مواجهة مشكلاته واضطراباته. (باتيرسون Patterson، ١٩٨٠).


شكل (١١٥) اليبرت إليس

والعلاج العقلانى ـ الانفعالى هو: علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته غير العقلانية التى يصاحبها خلل انفعالى وسلوكى إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالى وسلوكى. (أليبرت إليس Ellis، ١٩٧٧).

أسس العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

يقوم العلاج العقلانى ـ الانفعالى على أساس عدة مسلمات خاصة بطبيعة الإنسان وتفسير سلوكه وتحديد مصدر اضطرابه، وهى:

١ـ الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهما فى الآخر. والتفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضا تأثيرا وتأثرا.

٢ـ الإنسان ما بين عقلانى وغير عقلانى، والسلوك العقلانى يؤدى إلى الصحة والسعادة.

٣ـ الاضطراب النفسى (الانفعالى) والسلوك العصابى ينتج عن التفكير غير العقلانى وغير المنطقى. والعصابى هو شخص أفكاره غير عقلانية، عاجز انفعاليا، سلوكه مدمر للذات.

٤ـ ينبع التفكير غير العقلانى من التعلم غير المنطقى من الوالدين والثقافة.

٥ـ الإنسان يعبر عن فكره رمزيا ولغويا. وكل من الفكر والانفعال يتضمنان «الكلام مع الذات» Self-talk فى شكل جمل مستدخلة internalized sentences وإذا كان الفكر مضطربا صاحبه انفعال مضطرب وكأن الفرد يحدث نفسه دائما بالفكر غير المنطقى ويترجمه فى شكل سلوك مضطرب.

٦ـ تفكير الإنسان هو الذى يلون المدركات بجعلها حسنة أو رديئة، نافعة أو ضارة، مطمئنة أو مهددة.

٧ـ الأفكار السالبة أو الخادعة للنفس والتى تقوم على أساس غير عقلانى وغير منطقى يمكن دحضها وتعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلانيا ومنطقيا. (ألبيرت إليس Ellis، ١٩٧٣).

نماذج لأفكار غير عقلانية وغير منطقية:

أورد ألبيرت إليس **إحدى عشرة فكرة غير عقلانية** أو غير منطقية أو خرافية تكمن وراء السلوك المضطرب والعصابى، وهى:

١ـ **«من الضرورى أن ينال الفرد الحب والرضا والتأييد من كل فرد فى المجتمع»**. هذا غير معقول، وإذا حاول الفرد تحقيقه فإنه يخدع نفسه. والإنسان العقلانى هو الذى يعرف أنه «سبحان مرضى العباد». والفكرة العقلانية المقابلة هى: احترام الذات والسلوك السوى الذى يقدره الآخرون، وتقديم الحب للآخرين فيبادله الآخرون الحب.

٢ـ **«يجب أن يكون الإنسان كفئا تماماً ومنجزاً تماماً حتى تتحقق قيمته»**. هذا غير مقعول، لأن الكمال لله وحده، ولأن التمام لا يجوز للإنسان، وإذا حاوله أحد فلابد أن يشعر بالنقص والخوف والفشل. والإنسان العاقل هو الذى يعرف أن عليه أن يحاول أن يبذل أقصى طاقته ليحقق أقصى ما يمكن أن يصل إليه دون تسابق مرهق مع الآخرين.

٣ـ **«بعض الناس شريرون ومجرمون، ولذلك لابد من عقابهم»**. هذا غير مقعول، لأنه لا يوجد معيار مطلق للصواب والخطأ. والخطأ أو السلوك غير الأخلاقى ينتج عن الجهل والاضطراب الانفعالى. والفكرة العقلانية تقول إن كل ابن آدم خطاء، واللوم والعقاب لا يؤديان عادة إلى تحسين السلوك بل يزيدان الطين بلة، ويؤديان إلى مزيد من الخطأ والاضطراب. والإنسان العقلانى لا يلوم الآخرين ولا نفسه قبل أن يصحح السلوك الخاطىء.

٤ـ **«إذا سارت الأمور على غير مراد الفرد، فإن هذه كارثة مدمرة»**. هذا غير معقول، لأنه كما يقول الشاعر:

ما كل ما يتمنى المرء يدركه   تأتى الرياح بما لا تشتهى السفن

والإنسان العقلانى هو الذى يكون واقعيا يحاول تحقيق ما يريد إذا أمكن، ويحاول تغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما، وإذا كان الأمر مستحيلا تقبل الواقع.

٥ـ **«الاضطرابات والمشكلات تسببها عوامل وظروف خارجية لا يتحكم فيها الفرد»**. هذا غير معقول، لأن الفرد يدخل مع العوامل والظروف الخارجية بتفكيره وإدراكه واتجاهاته وردود فعله. وهو الذى يتعب نفسه بتضخيم أثر ومسئولية العوامل الخارجية، وأن العوامل الداخلية لديه ذات أثر فعال، وعليه أن يتحكم فيها وينظمها قبل أن يلقى اللوم على

العوامل الخارجية ويطمع فى ضبطها. فليبدأ الإنسان العقلانى بنفسه أولاً ثم بالعوامل الخارجية. وإذا لم يستطع الإنسان أن يصلح نفسه فكيف يطمع فى أن يصلح العالم من حوله.

٦ـ «**الأشياء الخطيرة والمخيفة تستحق التوتر واحتمال حدوثها يستحق القلق**». هذا غير معقول، لأن القلق يحول دون التقييم الموضوعى لاحتمال حدوث الخطر ويهيىء لحدوثه ويعوق إمكانات التعامل معه إذا حدث بل ويضخم الخطر. والإنسان العقلانى يعرف أن الخطر قد يحدث ولكنه خطر يمكن مواجهته والتصدى له والتقليل من آثاره السيئة، وهو ليس كارثة تخاف.

٧ـ «**من الأسهل والأفضل تجنب المصاعب والمسئوليات الشخصية بدلا من مواجهتها**». هذا غير معقول، لأن تجنب العمل الصعب غالبا ما يكون أصعب وأشق واتعب من عمله،ويؤدى إلى مشكلات وإلى نقص الرضا عن النفس وفقدان الثقة فيها. والسعادة ليست فى سهولة الحياة بل فى الجهاد. والإنسان العقلانى يعمل دون شكوى مايجب عمله مستمدا اللذة من التحدى والمسئولية وحل المشكلات.

٨ـ «**يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يعتمد عليه**». هذا غير معقول، لأن الاعتماد على الآخرين لابد أن يكون محدودا. فالاعتماد على الآخرين يؤدى إلى نقص الشعور بالأمن حين يكون تحت رحمتهم. والإنسان العقلانى يسعى للاستقلال والاعتماد على النفس وتحمل المسئولية، ويجعل اعتماده على الآخرين فى أضيق الحدود وعند الضرورة فقط.

٩ـ «**الخبرات والأحداث السابقة تحدد السلوك الحاضر ولا يمكن تجنب أثرها**». هذا غير معقول، لأنه لكل وقت أذان. والظروف الماضية غير الحاضرة والمبالغة فى أثر الخبرات والأحداث الماضية هى عذر لتجنب تغيير السلوك. وفى حالة تأثيرها فإن من الممكن إحداث تغيير، والإنسان العقلانى يعرف أن الماضى هام، ولكن فى نفس الوقت فإن الحاضر يمكن إحداث تغيير فيه بتحليل تأثير الماضى مراجعا الأفكار والمعتقدات الخاطئة، أو الضارة أو غير المعقولة التى اكتسبت فيه وتغييرها فى الحاضر.

١٠ ـ «**يجب أن يحزن الشخص لمشكلات واضطرابات وأحزان الآخرين**». هذا غير معقول، لأن مشكلات الآخرين فى الواقع هى مشكلاتهم وليست مشكلات الشخص. وتديهنم الفرد بمشكلات الآخرين وينسى مشكلاته هو. والإنسان العقلانى هو الذى يتمالك نفسه ويبذل جهدا إذا كان يستطيع لمساعدة الآخرين فى حل مشكلاتهم بدلا من أن يحزن ويكتئب ويحمل الهم فقط.

١١ـ «**هناك دائما حل صحيح وكامل لكل مشكلة يجب الوصول إليه، وإلا حدثت كارثة**». هذا غير معقول، لأنه لايوجد ما يسمى حل كامل، والإصرار على ذلك يؤدى إلى

العصاب، والمثالية الزائدة تؤدي إلى حلول غير موفقة أو غير مطلوبة أو غير عملية. والإنسان العقلاني يحاول التوصل إلى الحلول الممكنة للمشكلة ويقبل أفضلها وأكثرها عملية متأكدا أنه لا يوجد حل كامل.

وهكذا، فإن الاضطرابات الانفعالية المرَضية، والمشكلات، والعصاب، تنتج لدى أولئك الذين تمتلىء حياتهم بما يجب وما ينبغي والذين يجرون وراء المستحيل والذين يعتقدون في الخرافي وغير المنطقي وغير المعقول. (انظر عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤).

نظرية ABC والعلاج العقلاني ـ الانفعالي:

قدم ألبيرت إليس Ellis (١٩٧٧) ما أسماه نظرية ABC في السلوك والشخصية.

أما «A» فتعني Activating Experience or Event، أي «**خبرة منشطة**» (حادثة) (هنا والآن)، مثل: وفاة ـ طلاق ـ رسوب. والخبرة المنشطة أو الحادثة في حد ذاتها لاتحدث الاضطراب السلوكي.

أما «B» فتعني Belief System، أي «**نظام المعتقدات**»، حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات (لدى الفرد). ونظام المعتقدات قد يكون عقلانيا (rB) rational (هذه أحداث واردة ومحتمل حدوثها في الحياة)، أو غير عقلاني (iB) irrational (هذه أحداث غير واردة وغير متوقعة. فإذا تضمن نظام المعتقدات معتقدات غير عقلانية تتعلق بالخبرة المنشطة أو الحادثة أدى ذلك إلى نتيجة انفعالية.

أما «C» فتعني Consequence، أي «**نتيجة**» (استجابة انفعالية). والنتيجة قد تكون عقلانية (rC) rational (صبر ـ رضا ـ إصلاح) أو غير عقلانية (iC) irrational (حزن ـ توتر ـ قلق».

وفيما يلي **مثال توضيحي**: أختان تشتركان في غرفة نوم واحدة. وعندما تأويان إلى الفراش تطفىء الأم النور وتغلق باب الغرفة. الخبرة (A) (الظلام) واحدة بالنسبةللأختين. الأخت الأولى ليس لديها معتقدات (B) وأفكار غير عقلانية عن الظلام. والأخت الثانية لديها معتقدات وأفكار غير عقلانية عن الظلام، حيث تنتظر في أي لحظة أن يدخل من الشباك عفريت يؤذيها أو أنه موجود فعلا تحت السرير وينتظر حتى ينطفىء النور فينقض عليها. والنتيجة (C) أن الأخت الأولى تشعر بالسعادة لذهابها لتنام وتستريح وتستغرق في النوم، أما الأخت الثانية فإنها تشعر بالخوف الشديد. (فيرجينيا واترز Waters، ١٩٨٢).

فروض نظرية العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

قدم ألبيرت إليس Ellis (١٩٧٧) ٣٢ فرضا خاصة بالنظرية وطريقة العلاج العقلاني ـ الانفعالي، وعرض عددا كبيرا من الدراسات و البحوث التجريبية والكلينيكية التي تؤكد صحة هذه الفروض. وفيما يلي تلخيص لهذه الفروض:

أولاً: فيما يتعلق بالنظرية:

* التفكير يحدث الانفعال.
* تتأثر الحالة المزاجية للفرد بمعرفته ومعتقداته.
* توجد علاقة متبادلة بين كل من المعرفة والانفعال والسلوك وبين بعضها البعض.
* يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بمايلى:

ـ الدلالة اللفظية للأشياء وما يقوله الفرد لنفسه عن هذه الأشياء.
ـ الوعى والبصيرية وتنبيه الذات.
ـ التصور والتخيل.
ـ التغذية الرجعية الحيوية وضبط العمليات الفسيولوجية.
ـ توقع الفرد.
ـ مركز التحكم لدى الفرد.
ـ خصائص الفرد، من دافعية وغرضية وسببية.

ثانيا: فيما يتعلق بالعمليات المعرفية الوسطية للاضطراب الانفعالى:

* يضطرب انفعال الفرد وسلوكه بما يلى:

ـ التفكير غير العقلانى.
ـ خطأ الفرد فى تقديره لذاته.
ـ إخفاق حيل الدفاع النفسى
ـ انخفاض درجة تحمل الفرد للإحباط.
ـ توقع الفرد للتهديد.

ثالثا : فيما يلى يتعلق بفنيات العلاج:

* من الفنيات الفعالة فى العلاج العقلانى ـ الانفعالى مايلى:

ـ العلاج النشط الموجه.
ـ الدحض والإقناع.
ـ الواجبات المنزلية.
ـ تبسيط الإهانة وحسن الظن بالآخرين.
ـ تنفيس الانفعالات.
ـ التبصير بالطرق الفعالة للتغيير السلوكى.

- ضبط النفس وترويضها.
- تعليم مهارات الكفاح رغم الشدة والتهديد.
- التحويل والإلهاء.
- استخدام الأساليب التربوية وإعطاء المعلومات.
- تقليل قابلية الفرد للتأثير بإيحاءات الآخرين.
- تبصير الفرد بانتقاء نماذج السلوك التى يقتدى بها ويقلدها.
- زيادة مهارات الفرد فى أسلوب حل المشكلات.
- القيام بالدور والتدريب السلوكى.
- التدريب على المهارات.

أهداف العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

يهدف العلاج العقلانى ـ الانفعالى إلى تحقيق ما يلى:

* مساعدة المريض فى تعرف أفكاره غير العقلانية التى تسبب ردود فعل غير مناسبة لديه نحو العالم.
* حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
* محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والخاطئة لدى المريض.
* التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلى المنطقى، وإعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض.
* إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض، وبصفة خاصة، تقليل القلق (لوم الذات) وتقليل العدوان أو الغضب (لوم الآخرين والظروف).
* تحقيق المرونة والانفتاح الفكرى وتقبل التغيير، وإعادة المريض إلى التفكير العلمى والتحكم فى انفعالاته وسلوكه عقلانيا.

عملية العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

هى عملية تعليم المريض التفكير العقلانى بأسلوب نشط. وتتضمن العملية علاج اللاعقل بالعقل، واللا منطق بالمنطق، والخرافة بالعلم. وعملية العلاج عقلية بحتة.

ومهمة المعالج هى مساعدة المريض على التخلص من الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية واستبدالها بأفكار عقلانية ومنطقية. ويجب أن يتوافر فى المعالج الثقافة الواسعة والطلاقة اللفظية والقدرة على التعليم والشرح والتفسير والإقناع.

والخطوة الأولى فى عملية العلاج هى التعرف على أفكار المريض، وتحديد غير العقلانى وغير المنطقى والخرافى منها.

والخطوة الثانية هى تعريف العميل أنها غير منطقية وغير معقولة وخرافية، وأنها أدت إلى اضطرابه الانفعالى، مع ذكر أمثلة من سلوكه المضطرب.

والخطوة الثالثة هى تعريف المريض أن اضطرابه يستمر إذا استمر يفكر تفكيرا غير منطقى، أى أن تفكيره غير المنطقى الحالى مسئول عن حالته، وليس استمرار تأثير الأحداث السابقة.

والخطوة الرابعة هى تغيير تفكير العميل وإلغاء الأفكار غير العقلانية.

والخطوة الخامسة والأخيرة هى تناول الأفكار الخرافية العامة، وإرساء دعائم فلسفة عقلانية جديدة للحياة بحيث يتجنب العميل الوقوع ضحية لأفكار ومعتقدات غير عقلانية وخرافية أخرى.

ونتيجة عملية العلاج العقلانى ـ الانفعالى هى أن يصبح لدى العميل فلسفة حياة عقلانية، وإحلال المعتقدات والأفكار العقلانية محل غير العقلانية. وإذا ما تحقق ذلك، فإن الانفعالات السالبة المؤدية إلى الاضطراب تزول هى والسلوك المصاحب لها.

ويتناول العلاج العقلانى ـ الانفعالى مشكلة تحقير الذات أو خفض قيمة الذات، حيث يساعد المعالج المريض فى أن يعتقد أن له قيمة لأنه موجود كشخص له أفكاره وانفعالاته وسلوكه مهما اختلف عن أفكار وانفعالات وسلوك الآخرين، وأنه طالما هو حى، فإن فى إمكانه تعديل أفكاره وضبط انفعالاته وتغيير سلوكه بحيث يستمتع بالحياة بصورة أفضل.

وهكذا، يتعلم المريض كيف يتعرف على مدركاته وأفكاره غير العقلانية وغير المنطقية ويغيرها إلى مدركات وأفكار أكثر عقلانية وإلى فلسفة حياة أكثر واقعية، وتتغير شخصيته وسلوكه إلى أحسن، ويتم العلاج.

أساليب العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

تتضمن **العلاقة العلاجية** إتاحة فرصة التعبير الانفعالى مع المساندة والشرح والتفسير بقصد تكوين الألفة والاستبصار، مع كامل احترام المريض وتقبله بصرف النظر عن سلوكه. ويسمح للمريض بالتعبير عن مشاعره بالتداعى الحر والتنفيس الانفعالى وعن طريق لعب الدور وغير ذلك من أساليب بالتعبير. ويتجه المعالج بالتدريج وبحرص نحو التفكير غير العقلانى وغير المنطقى للمريض. ويكون التركيز على أفكار ومشاعر وانفعالات وسلوك «هنا والآن» Here-and-now.

والأسلوب الأساسى فى العلاج العقلانى ـ الانفعالى أسلوب **نشط ومباشر**. ويقوم المعالج بدور المعلم النشط الذى يعيد تعليم المريض (المتعلم). ويوضح المعالج الجذور غير المنطقية لاضطراب المريض. ويستمر المعالج فى كشف التفكير غير المنطقى الحالى للمريض، وكيف أنه هو السبب فى سلوكه المضطرب، ويعلمه كيف يعيد التفكير ليصبح منطقيا ومعقولا.

ويستخدم المعالج **أسلوب الهجوم المباشر** المنسق على الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية والخرافية للمريض والتى سبق أن تعلمها ومازال يحتفظ بها. ويشجع المعالج المريض بوضعه فى خبرات عملية (كأن يشجعه لعمل شىء يخاف أن يعمله نتيجة لفكرة خاطئة لديه) مما يعدل الفكر والسلوك معا.

ويستخدم المعالج **المنطق والتعليم والايحاء** Suggestion **والإقناع** Persuasion والمواجهة ليعرف المريض بأفكاره وفلسفاته غير العقلانية، وكيف أنها تؤدى إلى سلوك مضطرب انفعاليا، ثم يغير تفكير المريض، ومن ثم انفعالاته بإحلال الفلسفات غير العقلانية بأخرى عقلانية ومنطقية. ويستمر المعالج فى تعليم المريض ـ كإجراء وقائى ـ الأفكار غير العقلانية فى الثقافة التى يعيش فيها بصفة عامة، ويعلمه الأفكار المعقولة.

ويكلف المريض بعمل **واجب منزلى** Homework يدور حول أنشطة محددة فى الأسرة وفى العمل... إلخ. والمعالج يعلم المريض النظرية العقلانية الانفعالية عن طريق **«العلاج بالقراءة»** Bibliotherapy.

ويعمل المعالج على تنمية استبصار المريض. والاستبصارهنا له ثلاثة أشكال:

* معرفة جذور وأسباب الاضطراب السلوكى.
* معرفة أن الأسباب الأصلية تستمر فى تأثيرها بسبب المعتقدات الخاطئة التى تستمر معه.
* معرفة والاعتراف بضرورة التغلب على الاضطراب الانفعالى بملاحظة ومراجعة وتحدى نظام المعتقدات وتغيير الفلسفة غير المنطقية فكرا وسلوكا.

وهكذا، يتم الهجوم على المعتقدات غير العقلانية عن طريق **الدحض** **Dispute(D)**. وهذا يؤدى إلى **أثر** **Effect (E)** ذى شقين: أثر معرفى cognitive Effect (cE)، وأثر سلوكى be-havioural Effect (bE) وتصبح المعتقدات غير العقلانية معتقدات عقلانية، وتصبح النتائج غير العقلانية نتائج عقلانية. ويكون الأثر النهائى هو تحقيق الصحة النفسية.

هذا، وقد يكون العلاج العقلانى ـ الانفعالى قصير الأمد، أو طويل الأمد، وقد يكون فرديا أو جماعياً ـ ويستغرق فى المتوسط حوالى ٢٥ جلسة.

وتتلخص **فنيات العلاج** العقلانى ـ الانفعالى فيما يلى:

* **فنيات خبرية انفعالية** Experiential-Emotive Tecbniques تتعرض للمشاعر وردود الفعل تجاه المثيرات والمواقف والخبرات المنشطة.
* **فنيات سلوكية** Behavioural Techniques تعدل السلوك غير المرغوب وتغيره إلى سلوك مرغوب وتدعمه.
* **فنيات معرفية** Cognitive Techniques تغير الأفكار غير العقلانية والفلسفة غير المنطقية

إلى أفكار عقلانية وفلسفة منطقية.

وتدعم هذه الفنيات: المحاضرات والحوار والمناقشات، والتشجيع والحث، والتدريب التوكيد، والمواجهة الدرامية المباشرة، والتحصين التدريجى، وتعليم المنطق والتفكير العلمى.

استخدامات العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

تتعدد استخدمات العلاج العقلانى ـ الانفعالى، وأهمها ما يلى:

* الأمراض العصابية: مثل القلق، والخواف، والاكتئاب، والهستيريا.
* الاضطرابات السلوكية: مثل الجناح، والسيكوباتية، والإدمان.
* المشكلات: مثل المشكلات الزواجية والمشكلات الأسرية، ومشكلات الشباب.

(عبد اللطيف عمارة، ١٩٨٥).

نقد العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

تتلخص **مزايا العلاج العقلانى ـ الانفعالى** فيما يلى:

* تصل نسبة التحسن باستخدامه إلى حوالى ٩٠٪ من الحالات، ويؤتى العلاج ثماره عندما يستخدمه المعالج الكفء مع المريض الذكى.
* يناسب مجتمعنا، حيث المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخرافية كثيرة. (نجيب اسكندر ورشدى فام، ١٩٦٢، إجلال سرى، ١٩٨٤).
* يعتبر أسلوبا مثاليا لتغيير المعتقدات غيرالعقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
* يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية التى قد يتعرض لها مستقبلا.

وتتلخص **عيوب العلاج العقلانى ـ الانفعالى** فيما يلى:

- لا يروق لبعض المرضى هجوم المعالج على أفكارهم.
- قد يؤدى الهجوم المباشر على معتقداتهم وأفكارهم إلى المقاومة.
- قد يؤدى إلى اعتماد المريض على المعالج.
- قد يتطرف بعض المعالجين و يبالغون، فيصبح عملهم أشبه بعملية غسيل المخ بالنسبة للمريض.
- يعتبره البعض علاجا تسلطيا أكثر منه سلطويا. (أليبرت إليس Ellis، ١٩٨٢).

العلاج بالواقع
REALITY THERAPY

العلاج بالواقع أو **الإرشاد نحو الواقع**، طريقة متطورة بدأها ويليام جلاسر Glasser (١٩٦٥) حين ظهر كتابه «العلاج بالواقع»، وحين أنشأ معهد العلاج بالواقع في لوس انجلز بأمريكا سنة ١٩٦٨. (انظر شارلز تومبسون وليندا رودولف Thompson & Rudolph، ١٩٨٣، محمد الطيب، ١٩٨١).

مفاهيم رئيسية:

يقوم العلاج بالواقع على ثلاثة مفاهيم رئيسية يجب تعلمها ويرمزلها أحياناً «3Rs» وهي:

١- الواقع: Reality

وهو الخبرات الحقيقية الواقعية الشعورية في الحاضر. وهو يعبر عن واقع الحياة بعيدا عن المثال أوالخيال. والفرد السوي هو الذي يتقبل الواقع ولا ينكره . ومن أهداف العلاج تنمية الواقع.

٢- المسئولية: Responsibility

وتتجلى في قدرة الفرد على إشباع حاجاته، وتحقيق ما يشعره بقيمة الذات (في نظره وفي نظر الآخرين)، والجدية، والأمانة، والصدق، والوفاء بالوعد، والنزاهة، والحكمة، وتتضمن المسئولية حرص الفرد وهو يشبع حاجاته، على أن يمكن الآخرين من إشباع حاجاتهم. والسلوك غير المسئول يؤدي إلى المرض النفسي. وسلوك الشخص العصابي أو الذهاني يوصف بأنه سلوك غير مسئول Irresponsible. ومن أهداف العلاج بالواقع زيادة تحمل المسئولية بحيث يصبح الفرد قادراً على إشباع حاجاته.

٣- الصواب والخطأ: Right and Wrong

هو مبدأ معياري أخلاقي يحدد السلوك السوي وغير السوي، بهدف تحقيق حياة اجتماعية ناجحة بعيدا عن الاضطراب والفشل. ومن أهداف العلاج بالواقع اتباع الصواب واجتناب الخطأ.

مسلمات أساسية:

يعتمد العلاج بالواقع على مسلمات أساسية أهمها:

١- السلوك في الواقع، إما صح أو خطأ حسب المعايير السلوكية (كما يحددها الدين والقانون والعرف).

٢- المشكلات والاضطرابات والمعاناة سببها الفشل في إشباع الحاجات الأساسية.

٣- الحاجات الأساسية أهمها:

- الحاجة إلى الانتماء والاندماج مع شخص أساسي: essential person على الأقل (والد، أخ، زوج ، ولد، حفيد، صديق... إلخ).

- الحاجة إلى الحب والمحبة: كل فرد لابد أن يتوافر له من يبادله الحب. وهذه الحاجة تتضمن الحاجة إلى الأمن والميل إلى الاجتماع.
- الحاجة إلى الاحترام: ولكي يشبع الفرد هذه الحاجة ويكون جديرا بالاحترام فلابد أن يكون ملتزما بالمعايير الاجتماعية والسلوك المعياري.
- الحاجة إلى تقدير الذات (الشعور بقيمة الذات) Self-worth : ولكي يشعر الفرد بقيمته فإن سلوكه لابد أن يكون سويا ومقبولا ومعياريا، وملتزما بالقيم والأخلاق. وهذه الحاجة ترتبط بالحاجة إلى تأكيد الذات.
- الحاجات الفسيولوجية مثل حاجة الفرد إلى الهواء والغذاء والماء... إلخ.

أسباب اضطراب السلوك:

من منظور العلاج بالواقع، فإن أهم أسباب اضطراب السلوك هي:

* نقص إشباع الحاجات (الفشل في تحقيق وإشباع الحاجات الأساسية). ومعروف أنه كلما بدأ الفرد مبكرا في تعلم إشباع حاجاته بنجاح كلما كان توافقه أفضل، والعكس صحيح.
* ارتفاع المعايير الأخلاقية للمريض بدرجة غير واقعية لا يمكن مسايرتها.
* انخفاض الأداء أو اضطرابه.
* خلل التنشئة الاجتماعية فيما يتعلق بتعليم السلوك المعياري المسئول المؤدي إلى إشباع الحاجات بأسلوب واقعي صحيح.
* عجز الفرد أو فشله في قيامه بأدواره الاجتماعية.
* الفشل في تعلم السلوك المسئول، وضعف أو انعدام المسئولية (السلوك غير المسئول).
* إنكار الواقع (عدم الواقعية أو فقدان الاتصال بالواقع).

الأعراض:

من أشيع أعراض اضطراب السلوك التي يمكن للتغلب عليها استخدام العلاج بالواقع ما يلي:

* نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية. ويلاحظ أن مشكلة المريض والأعراض التي تظهر لديه تعتبر تعبيرا عن فشله في إشباع حاجاته، وتمثل محاولته لحل هذه المشكلة.
* إنكار واقع العالم الحقيقي من حول الشخص (جزيئا أو كليا). ويلاحظ أن المريض ينكر واقع الحياة من حوله عندما يفشل في إشباع حاجاته. فالواقع فيه قانون ولكن الفرد لا يلتزم به، والواقع ليس فيه أعداء متآمرين على الفرد ولكنه يدعى ذلك ويعتقد فيه، والواقع يحتاج إلى مواجهة وحل المشكلات بدلا من الانطواء والاكتئاب. ومن الأمثلة: المخواف (تشويه للواقع)، والاكتئاب (هروب من الواقع)، والجناح (خروج على الواقع)، والفصام (إنكار للواقع) وذهان الشيخوخة (عزلة عن الواقع)، والانحراف الجنسي (محاولة غير واقعية لإشباع الحاجة إلى الحب والمحبة). (إجلال سرى، ١٩٩٠).

إجراءات عملية العلاج:

يحاول العلاج بالواقع مساعدة المريض حتى يستجيب بنجاح لمطالب العالم الواقعى الذى يعيش فيه. وعملية العلاج بالواقع فى جوهرها عملية تعليم وتعلم، من أهم محاورها إشباع الحاجات فى العالم الواقعى. **وتتلخص إجراءات عملية العلاج فيما يلى:**

١ـ إقامة علاقة علاجية إنسانية (شخص لشخص) (المعالج والمريض) أساسها المشاركة والاندماج involvement مع المعالج، والاهتمام المتبادل، وقوامها الثقة والانفتاح والصدق. وهذه المشاركة النموذجية تمتد إلى المشاركة والتفاعل والاندماج مع الآخرين. ومعروف أنه لكى تشبع الحاجات النفسية الأساسية للفرد يجب أن يقيم علاقات ناجحة ويندمج مع الآخرين. وتعتبر قدرة المعالج على المشاركة والاندماج مع المريض هى المهارة الرئيسية فى العلاج بالواقع. والمعالج يجب أن يكون شخصا مسئولا وجادا ومهتما، يتقبل المريض وفى نفس الوقت لا يتقبل سلوكه غير الواقعى.

٢ـ دراسة السلوك الحالى غير الواقعى unrealistic فى ضوء إدراك الواقع، ورفض هذا السلوك غير الواقعى، والاعتراف بالواقع، والتعامل معه (تقبل العالم الواقعى)، وفى إطار التركيز على الحاضر والعمل للمستقبل، من الآن فصاعداً مع التركيز على الشعور، وبحيث لا يكون هناك سبب فى المستقبل لإنكار الواقع.

٣ـ تقييم السلوك الحالى ومدى إشباعه للحاجات (فى ضوء المعايير) تمهيدا لتغييره حتى يشبعها بسلوك مسئول.

٤ـ تحديد احتمالات السلوك الحسن المسئول المشبع للحاجات فى إطار الواقع.

٥ـ اختيار وتقرير السلوك المشبع للحاجات (فى العالم الواقعى) والمحقق للهدف (فى إطار الواقع) بصورة ناجحة، والالتزام commitment، وهذا يعتبر بمثابة (تعاقد علاجى) contract لعمل ماهو واقعى ومسئول وصواب.

٦ـ تعليم المريض طرقا وأساليب سلوكية واقعية وناجحة لإشباع حاجاته، بحيث يلتزم بها.

٧ـ تقييم النتائج السلوكية لتنفيذ الالتزام ومدى مسئوليته عن سلوكه.

٨ـ إثابة الذات على السلوك المعيارى الملتزم (الصواب)، المسئول، وتصحيح الذات عند ارتكاب السلوك غير المعيارى (الخطأ)، وتحسين السلوك إذاكان مغايرا للمعايير أو غير مسئول.

٩ـ المثابرة حتى يتحقق الهدف، وهو تغيير السلوك من سلوك غير واقعى غير مسئول وخاطئ إلى سلوك واقعى مسئول وصائب.

العـــلاج النفـــسى بالفـــن

ART PSYCHOTHERAPY

تعريف العلاج النفسى بالفن:

يعتبر العلاج النفسى بالفن واحدا من طرق العلاج الجديرة بالاهتمام [١] .

وتعتبر مارجريت نومبورج Naumburg، وجيمس دينى Denny من أوائل من قدموا إسهامات رائدة فى مجال العلاج والإرشاد النفسى بالفن.

والعلاج النفسى بالفن طريقة تقوم على تناول واستخدام وسائل التعبير الفنى التشكيلى، وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط، لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية، فى أنشطة فردية أو جماعية، حرة أو مقيدة، وذلك وفقا لأهداف خطة العلاج، وتطور مراحلها، وأغراض المعالج، وحاجات المريض. (مارجريت نومبورج Naumburg، ١٩٦٦، جوديث روبين Rubin، ١٩٧٨).

والعلاج النفسى بالفن **له وجهان متكاملان متكافئان:**

* الفن التشكيلى: وهو التعبير الفنى (غير اللفظى) بالرسم أو أعمال الفخار والخزف، حيث يتم التعبير عن الخبرات الدفينة والمستترة والمكبوتة المسببة للمشكلات والاضطرابات السلوكية.
* العلاج النفسى: حيث يتم تفسير ومعرفة حقيقة تلك الخبرات وإيجاد حلول للمشكلات، وإحداث تغيير إلى الأفضل فى شخصية الفرد وفى حياته بصفة عامة.

(عايدة عبد الحميد، ١٩٩٠).

والعلاج بالفن علاج وفن وأكثر. إنه أكثر من فن يستخدم علاجيا، أو علاج مضاف إليه بعض الفن. وهو ليس إضافة التعبيرالفنى إلى عملية العلاج النفسى، وليس مجرد إضافة العلاج إلى الفن. إنه تركيب وكيان جديد. إن مثله كمثل الماء، ليس مجرد هيدروجين وأوكسيجين. (إجلال سرى، ١٩٩٠).

وهدف العلاج بالفن هو:

* مساعدة المريض على إعادة بناء الطريقة التى ينظم بها حياته ويعيشها ويدركها .
* طرح الخبرات الحياتية المؤلمة غيرالموغوب فيها واستبدالها بخبرات معلمة مثمرة وذات قيمة.
* تحريك المريض من حالة الشعور بالاغتراب، والعدوانية، والتمركز حول الذات، والقلق، وما شابه ذلك، إلى حالة أخرى تسودها مشاعر الحب والتعاطف والرغبة فى التعلم والنمو، والإقبال على الحياة والشعور بالتوازن والسلم الداخلى.

(عبد المطلب القريطى، ١٩٩٥).

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى العلاج بالفن:

-American Journal of Art Therapy.
-Art Psychotherapy.
-Art Therapy.
-Arts in Psychotherapy.

أسس العلاج النفسى بالفن:

يقوم العلاج النفسى بالفن على أسس منها ما يلى:

فيما يتعلق بالمريض:

* المريض لديه قدرة كامنة للتعبيرعن نفسه تلقائياولا شعوريا عن طريق الفن كوسيلة تعبير غير لفظية تتيح إظهار محتويات لا شعورية على مستوى الشعور حيث يمكن مواجهتها والتعامل معها فى إطار الواقع.

* المريض لديه حاجة للتعبير عن ذاته. والتعبير الفنى التشكيلى بطبيعته رمزى غير لفظى، ورسالة بصرية ووسيلة اتصال وحوار بين الشخص المعبر والمحيطين به. والعمل الفنى تعبير باليد عما فى العقل، وإخراج ما بالداخل ليراه الفرد ويراه غيره.

* المريض قد يكون لديه خبرات يعجز عن التعبيرعنها لفظيا، ويمتنع عن الكلام عنها ويعبر بالفن التشكيلى بصورة رمزية غير لفظية تكشف عن الكيان الداخلى، فتعطى فرصة لتشخيص المعاناة وتنفيس الضغوط والتوترات.

(عايدة عبد الحميد، ١٩٩٠)

فيما يتعلق بالتعبير الفنى للمريض:

* العمل الفنى تعبير رمزى يعكس ـ وكأنه مرآة ـ شخصية المريض ودوافعه وصراعاته وحاجاته الخاصة ومشاعره واتجاهاته وعلاقته ببيئته الأسرية والاجتماعية. كذلك فإن التكنيكات والألوان لها دلالات وقيمة تشخيصية هامة وخاصة فى حالة التكرار والاستمرار. ومن أمثلة ذلك التعبير بخطوط مهوشة وأشكال طفولية ناقصة فى حالات الفصام، واستخدام الألوان القاتمة فى حالات الاكتئاب.

* التعبير الفنى التلقائى يتيح فرصة إسقاط مصور pictorial projection لمكنونات ومكبوتات نفسية داخلية مثل المخاوف والمشاعر والاتجاهات، وتجسيدها فى أعمال فنية خارجية مرئية بصورة أسهل من التعبير اللفظى عنها، ممايعين المريض على النظر فى مشكلته واضطرابه بموضوعية متزايدة.

* التعبير الفنى التلقائى وسيلة للتنفيس عن الانفعالات والضغوط والتوترات والصراعات والوساوس والمشكلات. وخروج كل هذا عن طريق التعبير الفنى يساعد الفرد على اكتشاف ذاته والوعى بها، والاعتراف بهذه المواد التى طفت من أعماق اللاشعور إلى دائرة الشعور، وتقبلها ومواجهتها بدلا من إنكارها وكبتها أو التعبير عنها فى شكل سلوك مضطرب مرضى.

* التعبير الفنى قد يقوم مقام حيل الدفاع النفسى (اللاشعورية) مثل التعويض، والإعلاء. فالفن وسيلة تعويضية عما يشعر به الفرد من عجز وقصور نفسى أو جسمى أو اجتماعى، حيث يشبع

عن طريقه حاجاته ورغباته المحبطة فى الواقع. والفن وسيلة مقبولة اجتماعيا لإعلاء الدوافع التى لا يقبلها المجتمع والتسامى بها والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعيا.

* العمل الفنى يشعر الفرد بالإنجاز والنجاح والثقة بالنفس ودعم الأنا والشعور بالهوية ودعم النضج النفسى.

(عايدة عبد الحميد، ١٩٩٠، عبدالمطلب القريطى، ١٩٩٥، فاطمة المصيلحى، ١٩٩٦).

إجراءات عملية العلاج النفسى بالفن:

تتم عملية العلاج النفسى بالفن من خلال عدد من الإجراءات والفنيات التى يمكن إيجازها فيما يلى:

إعداد متطلبات العلاج بالفن: ويقصد بها:

* المواد المطلوبة: ألوان الباستيل، أقلام فلوماستر، ألوان مياه، فرش، طين صلصال، خزف، لوحات وأوراق رسم، صمغ، مقص، لوح كانافاه، أشغال إبرة، أدوات تصوير، فسيفساء... إلخ.

* أدوات جمع المعلومات: عن المريض وشخصيته ومشكلاته، مثل الاختبارات والمقاييس والسجلات... إلخ.

* المكان: حجرة أو استوديو العلاج بالفن حيث تتوافر المواد اللازمة والأدوات والخامات.

* الزمان: أى الجلسات، وتكون جلسة لمدة ساعتين أسبوعياً على الأقل أو ورشة مطولة فى نهاية الأسبوع. ويلاحظ أن جلسة العلاج النفسى بالفن تستغرق وقتا أطول من الجلسات المعتادة حيث يكون العمل فيها مناصفة بين التعبير الفنى ومناقشته (١). هذا وقد تكون الجلسات فردية، وقد تكون جماعية (حوالى ٦ مرضى).

(عايدة عبد الحميد، ١٩٩٢).

تحديد الأهداف الإجرائية لعملية العلاج: مثل:

* أن ينخفض السلوك العدوانى عند المريض.

* أن يتخلص المريض من خوف مرضى.

تكوين العلاقة العلاجية والألفة فى مناخ علاجى آمن:

حين يلتقى المعالج والمريض، فإنهما يلتقيان على أرض المريض انفعاليا ومعرفيا. حيث يعبر المعالج (المتخصص فى العلاج بالفن) عن المشاركة الانفعالية. ويكون المناخ علاجيا دافئا صديقا مشجعا على نمو العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض من خلال تناول الفن التشكيلى وأدواته

(١) يلجأ بعض المعالجين إلى تسجيل جلسات العلاج بالفن بالصوت والصورة، بعد إذن المريض، بينما يكتفى البعض بالملاحظات.

وتشجيع تلقائية التعبير التى تتيح للمريض فرصة للكشف عن الذات self-disclosure بصراحة ووضوح، دون تهديد للذات. ويلاحظ أن المعالج بالفن هو الثابت نسبيا فى العلاقة العلاجية (بالمواد والمكان والفنيات)، بينما المرضى متغيرون. ومن السمات التى يجب أن تتوافر لـدى المعالج النفسى بالفن ـ إلى جانب سمات المعالج النفسى المعروفة ـ الإبتكار بصفة خاصة. ويحسن أن يكون فناناً إما بالدراسة أو بالهواية أو بالموهبة. (إجلال سرى، ١٩٩٠).

تشجيع التعبير الفنى:

يتم تشجيع التعبير الفنى حيث يبدع المريض نتاجا جديد يعبر عـن ذاته، ويمكن أن يراه ويلمسه ويحركه وينقده، وثيق فى ذاته التى انتبه. ويتطلب تشجيع التعبير الفنى المساعدة فى إزالة عوائقه مثل الخوف والقلق من كشف الذات. ويفيد فى تشجيع التعبير الفنى استخدام الحوافز الايجابية كالمكان المناسب والمواد المتوافرة والعلاقة العلاجية الموجبة بين المعالج والمريض.

ويجب تشجيع إسقاط الصورة العقلية والذكريات والتركيز على تناول الخبرات الداخلية العميقة وترجمتها من خلال العمل الفنى.

وعلى المعالج استثارة دوافع التعبير الفنى عند المريض مثل: الاشباع الحسى حركيا التنفيس عن المشاعر والانفعالات، والتعبير عن الذات، وإشباع الحاجة إلى التقدير، وتحقيق الذات. (عبد المطلب القريطى، ١٩٩٥)

ويوضح للمريض أهمية توظيف استعداداته وخبراته والابداعية لأغراض تكامل الشخصية، وذلك من خلال التأكيد على عمليات المزج بين الواقع والخيال ، والشعور واللاشعور، والتركيز على الإعلاء باستبدال السلوك الفطرى بسلوك اجتماعى ايجابى.

تنويع فنيات التعبير الفنى:

توصى عايدة عبد الحميد (١٩٩٢) بتنويع فنيات التعبير الفنى، على النحو التالى:

* التعبير الاستكشافى (فى الجلسات الأولى، ويكون عن طريق:

- التخطيطات الطليقة (الشخبطة) Scribbling : ومحاولة عمل تشكيل فنى حتى والمريض مغمض العينين أو دون رفع القلم من على الورق، وهذا يساعد على الاسترخاء وخفض التوتر.
- الرسوم الحرة: حيث يختار المريض الموضوع والخامة والطريقة دون تحضير مسبق. وهى تساعد فى الإفراج عن المكبوتات وإسقاط المشاعر والتعبير عن المشكلات.



شكل (١١٦) تخطيط طليق (شخبطة)

- إكمال الرسوم: حيث يقدم للمريض أوراق مرسوم عليها بعض الخطوط التي تمثل بدايات رسوم، وعليه أن يكملها كما يريد،وتعتبر حافزا على التعبير والاسقاط المفيد فى هذه المرحلة.

* التعبير عن المشاعر الداخلية: (للتقليل من القلق) ويكون عن طريق:

- رسم المشاعر والعواطف: مثل الحب والكره، والجمال، والقبح والقوة، والضعف، والذكورة والأنوثة، والصحة والمرض، ومثل هذه الرسوم توضح مشاعر المريض تجاه الآخرين.

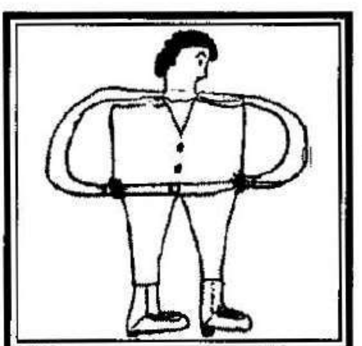
- التعبير عن المشكلات (الحالية): حيث يطلب من المريض التعبير عن مشكلاته الحالية وخبراته غير السارة. ومثل هذا التعبير يكون مثيراً مناسبا للمناقشة والعمل مع المعالج.

- رسم طريق الحياة: حيث يطلب من المريض رسم (الحياة) فى شكل ممر أو طريق معبراً فى جزء منه عن الماضى وفى جزء عن الحاضر وفى جزءعن المستقبل، وهذا يفيد فى تفهم تاريخ حياة المريض.

- التعبير الفنى بمساعدة الموسيقى والشعر: وهذان مكملان معروفان للتعبير الفنى بالرسم، حيث تستخدم الموسيقى أو الشعر كمثير للتعبير بالرسم عن المشاعر الشخصية.

* التعبير عن مفهوم الذات: ويكون عن طريق:

- رسم الشخص لنفسه: (ويمكن استخدام مرآة).ويوضح شكل (١١٧) رسم طفل عمره ٨ سنوات لنفسه معبراً عن الثقة فى النفس والشجاعة والقوة والتحدى والخيلاء والذكورة. (عبد المطلب القريطى، ١٩٩٥).



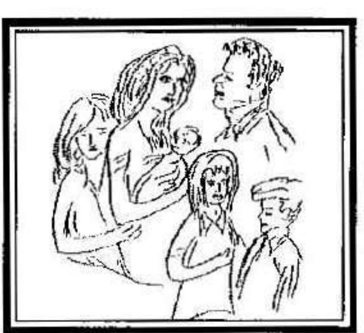
شكل (١١٧) رسم طفل لنفسه

- رسم الشخص (الآخر): وهذا اختبار إسقاطى للشخصية حسب كارين ماكوفر Machover (١٩٤٩).

- رسم الشخصيات الثلاث: حيث تعبر الشخصية الأولى عن ذات الفرد كما يدركها، والثانية عن ذاته كما يراها الآخرون، والثالثة عن ذاته كما يود أن يكون. وتقيم الرسوم الثلاثة معا، ويهتم بعناصر التشابة والاختلاف (والتطابق وعدم التطابق).

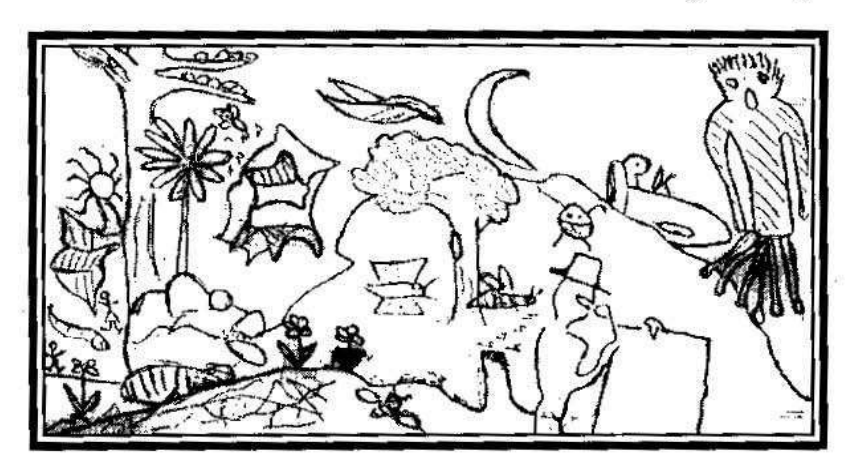
* التعبير عن العلاقات الاجتماعية: (التفاعل والاتصال بين الشخص والآخرين)، ويكون عن طريق:

- رسم الأسرة: حيث يرسم الفرد أسرته (التى يعيش فيها) وأسرة متخيلة (يود أن يعيش فيها). ويوضح ذلك العلاقات الأسرية . (شكل ١١٨).



شكل (١١٨) رسم الأسرة

ـ العمل الفنى الجماعى: حيث تشترك جماعة العلاج بالفن جميعا فى الرسم على لوحة واحدة كبيرة ويترك لهم حرية اختيار الموضوع.. وهذا يقرب بين الأعضاء ويتغلب على مشاعر الخجل والانطواء. (شكل ١١٩).

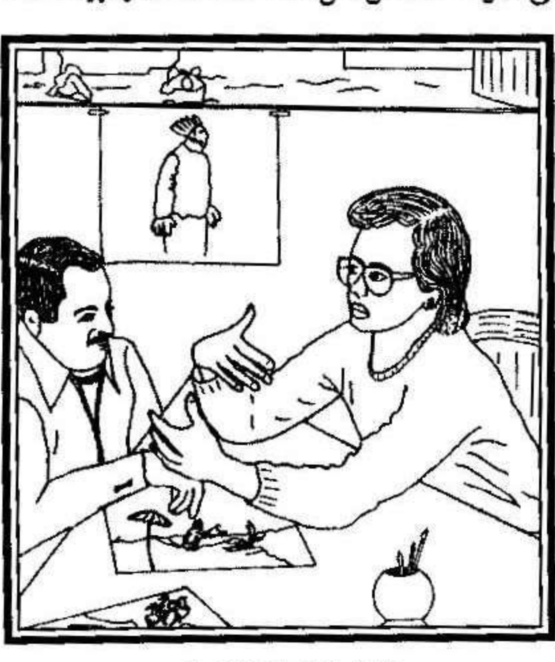


شكل (١١٩) عمل فنى جماعى

فهم التعبير الفنى:

ويتضمن ذلك فهم ماذا يقول النتاج الفنى، و ماذا يعبر عنه، وما تعليق المريض عليه، وما علاقته بتاريخه الماضى وحياته الحاضرة.

وهناك من يحللون التعبير الفنى (بالرسم) فى ضوء خصائص مثل: فئات الأشكال، والهيئة العامة للأشكال ونسبها وتفاصيلها، وحركتها وتفاعلها، ونوع الجنس الماثل فى الرسم، ووضع الأشكال فى فراغ ورقة الرسم، وأبعاد الرسم وخلفيته، والتعبير عن الموضوع، ومشاهد الرسم، ومدى شيوع بعض اللزمات فى الرسم، والضغط على خطوط الرسم، واتصال الخطوط. ويركز البعض على خصائص الرسوم من خلال محكات مثل: التسطيح، والخلط بين المسطحات والمجسمات فى حيز واحد، والمبالغة والحذف أو الإهمال والشفوف، وخط الأرض (القاعدة)، والتمثيل الزمانى والمكانى، والجمع بين اللغة الشكلية واللغة اللفظية. (عبد المطلب القريطى، ١٩٩٥).



شكل (١٢٠) مناقشة النتاج الفنى

ويعطى البعض للألوان أهميةخاصة كما وتناسقا وتعبيرا عن الانفعال. (باولين ويلز Wills،١٩٩٣).

ونفس الاهتمام يولى لخصائص النحت: الأدوات والخامات، والحجم، والبيئة، والمكان والتوازن بين الأجزاء، والملمس، والاتجاه، والحركة، والتفاصيل، والمحتوى، والوجدان. (إجلال سرى، ١٩٩٠).

ومن المهم أن يداوم المعالج على ملاحظة سلوك العميل أثناء التعبير الفنى. ومن المهم أيضاً دراسة الرموز التشكيلية، والدلالات الفنية المتكررة فى النتاج الفنى، فى ضوء الخلفية والمعلومات النفسية والاجتماعية للمريض. ومن الضرورى مساعدة المريض على إدراك كيف ولماذا قام بهذا التعبير، بعد كل جلسة. (إديث كرامر ،إلينور أولمان Kramer & Ulman، ١٩٨٢).

والنتاج الفنى يتم تقبله بصرف النظر عن جودته الفنية و أصالته، لأن المهم هو ما يحققه من تخلص المريض من اضطراباته وحل مشكلاته السلوكية وتحقق نمو إيجابى فى شخصيته. (إجلال سرى، ١٩٩٠).

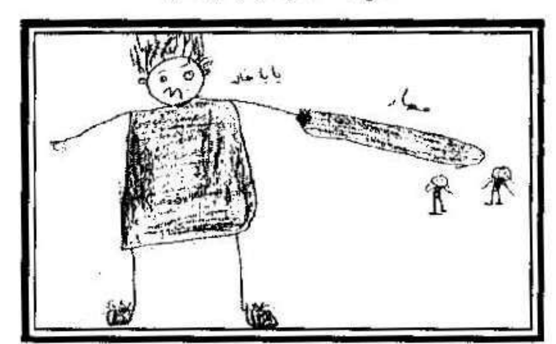
ويقيم العمل الفنى تقييما كليا. فمثلا شكل (١٢١) يعبر عن الحزن، وشكل (١٢٢) ينقصه التنظيم، وشكل (١٢٣) يعبر عن العنف، وشكل (١٢٤) يعبر عن الفصام. (انظر عبد المطلب القريطى، ١٩٩٥).



شكل (١٢١) المرأة الباكية (بيكاسو)



شكل (١٢٢) رسم ينقصه التنظيم



شكل (١٢٣) تعبير عن العنف



شكل (١٢٤) رسم لمريض بالفصام

التشخيص:

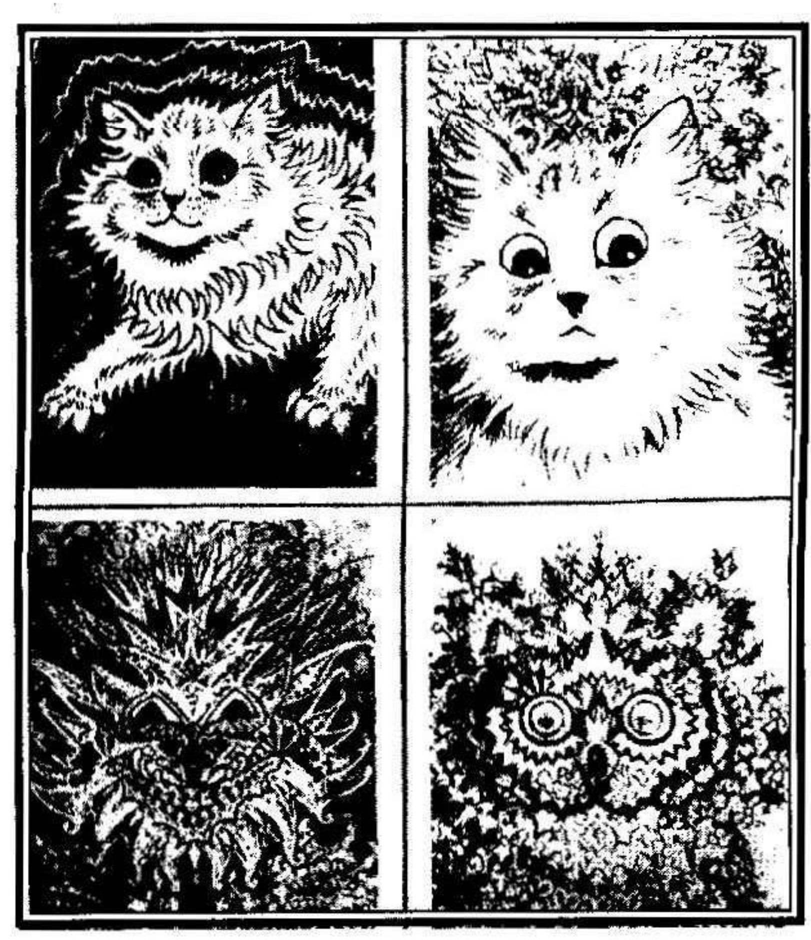
يستفاد من النتاج الفنى (الرسم أو النحت أوغيره) فى عملية التشخيص النفسى. والأدب الشعبى ملىء بتعبيرات مثل:

* المفصومون: يرسمون صوراً مجزأة، وكأنها مكسرة، أو مؤلفة من شظايا، ويرسمون صوراً غريبة بعيدة عن الواقع.

* المكتئبون: يرسمون صوراً مظلمة أو داكنة أو سوداء.

* الكحوليون: غالبا يرسمون الماء.

ومن الرسوم الشهيرة ما يصور تطور الاضطراب النفسى كما ينعكس فى رسم لفنان إنجليزى مريض بالفصام اسمه لويس وين Wain. ويلاحظ تزايد تشوه وغرابة رسم القطة بعد أن كانت عادية. (شكل ١٢٥). (إجلال سرى، ١٩٩٠).



شكل (١٢٥) تطور الاضطراب النفسى كما ينعكس فى رسم لفنان مصاب بالفصام

التفاعل مع المريض حول التعبير الفنى:

يتم التفاعل بين المعالج والمريض حول التعبير الفنى سعيا لتحقيق الأهداف العلاجية. ومن وسائل التفاعل البناء **مشاركة المعالج للمريض** فى العمل الفنى. وتكون المشاركة محدودة وبقصد تشجيع المريض وتوثيق العلاقة العلاجية.

ويتضمن التفاعل **مناقشة العمل الفنى** مع المريض بقصد مساعدته فى استكشاف عمله الفنى، وأن يفهم بنفسه مدلولات التعبير الفنى والمشاعر والانفعالات التى يعبر عنها وتفسيرها،وتيسير التداعى الحر وحكاية الخبرات التى يستثيرها العمل أو بعض أجزائه.

ويجب التغلب على ما قد يطرأ من مقاومة أو تحويل (موجب أو سالب) من قبل المريض تجاه المعالج باستخدام فنيات مقاومة المقاومة أو تحليل التحويل المعروفة .

استغلال الفوائد العلاجية للتعبير الفنى:

عندما يسقط الفرد خبراته السلبية والإيجابية، وانفعالاته المكبوتة والظاهرة فى العمل الفنى، يحدث ذلك نوعا من الإفراج والتخفيف والتنفيس وتنقية النفس وما يشوبها ويعوقها من النمو السليم والنضج. وهذا يسهم فى تنمية صورة الذات وتنمية ديناميات التوافق وتحقيق التوافق الشخصى والتوافق الاجتماعى وبالتالى الصحة النفسية. (مارجريت نومبورج Naumburg، ١٩٦٦).

تقدم عملية العلاج:

من خلال نمو عملية العلاج بالفن وتقدمها، تزداد الثقة المتبادلة، وتزداد إيجابية مفهوم الذات لدى المريض وثقته فى عمله وفى نفسه، ويتخلص من مخاوفه. ومن المفيد تشجيع استقلالية المريض من خلال إسهاماته المتزايدة فى ترجمة مشاعره وتفسير إبداعاته، ومساعدته على التخلص التدريجى من اعتماده على المعالج. ويفيد فى ذلك اطراد النتاج الفنى المعبر عن صورة الذات والمعبر عن الاتجاهات والمشاعر الموجبة.

إنهاء عمليةالعلاج:

بعد أن يتم التنفيس فى التعبير الفنى، وبعد أن يحدث إسقاط الخبرات السلبية والانفعالات المكبوتة ويتم مناقشتها وتفسيرها، يحدث تدريجيا الشعور بالسلام والتوافق والصحة النفسية . (عايدة عبد الحميد، ١٩٩٢أ).

وهكذا عندما تتحقق أهداف عملية العلاج، ويتحقق الشفاء، يتم الإعداد المتدرج لإنهاء عملية العلاج بالفن، حيث تحدث مراجعة لنتائج الجلسات السابقة، وما تم إنجازه منذ البداية.

ومع إنهاء عملية العلاج، يمكن أن يأخذ المريض معه إنتاجه الفنى كذكرى لعملية العلاج، وقد يترك بعضه ـ كذكرى ـ عند المعالج.

استخدامات العلاج النفسى بالفن:

يستخدم العلاج النفسى بالفن فى علاج الحالات الآتية:

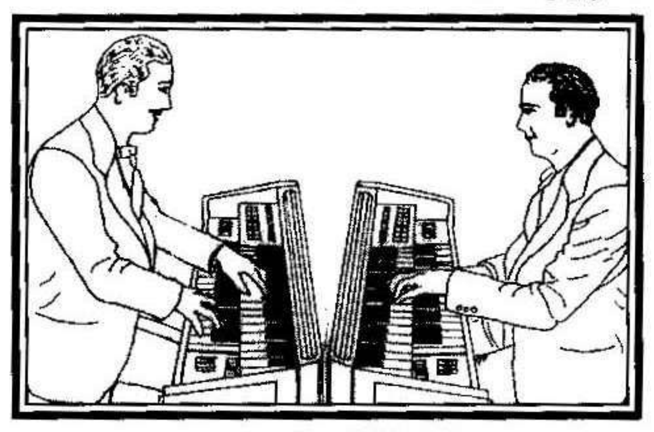
* المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية.
* حالات جناح الأحداث والسلوك المضاد للمجتمع.
* حالات العصاب.
* حالات الذهان.
* حالات الإعاقة وذوى الحاجات الخاصة.

العلاج بالموسيقى
MUSIC THERAPY

يتحدث الكتاب والدارسون والباحثون عن العلاج بالموسيقى Music Therapy or Musical Therapy or Musicotherapy، ويقصدون بذلك الموسيقى كعلاج، أوالموسيقى العلاجية، أو الموسيقى كعامل علاجى.[1] (انظر: حامد زهران، ١٩٨٦).

والعلاج بالموسيقى هو تعامل موسيقى مع المريض بهدف علاجى وهو حل المشكلات والتغلب على الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

ومن بين **أهداف العلاج بالموسيقى** تحسين السلوك الاجتماعى والانفعالى ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة. (انظر جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٦٣، كارل سيشور Seashore، ١٩٦٧ ثير جاستون Gaston، ١٩٦٨، ديانا دويتش Deutsch، هيلين أوديل Odell، ١٩٨٨، يوسف مورينو Moreno، ١٩٨٨).



شكل (١٢٦) العلاج بالموسيقى

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى العلاج بالموسيقى ما يلى:

-Journal of Music Therapy.
-Music Therapy.
-Music Therapy Perspective.

ويقوم بعملية العلاج، **المعالج الموسيقى المتخصص** music therapy clinician الذى يجمع بين علم النفس والموسيقى. (كريتشلى وهينسون Critchley & Henson، ١٩٧٧).

أسس العلاج بالموسيقى:

يقوم العلاج بالموسيقى على أساس أنها علم وفن وعلاج، وأنها تؤثر فى الحالة النفسية والجسمية، وأنها لغة عالمية شائعة ذات إمكانات تعبيرية واسعة بعناصرها (اللحن والتآلف والإيقاع)، وأنها تؤثر فى السلوك بوجه عام ولها أثر فسيولوجي وأثر انفعالى وأثر اجتماعى عقلى وأثر تربوى. (فرج العنترى، ١٩٨٥).

الموسيقى وأثرها فى السلوك (بوجه عام):

دأب العلماء فى مجال علم النفس الموسيقى Psychomusicology على دراسة أثر الموسيقى فى السلوك الإنسانى.

وهناك علاقة وثيقة بين المثير الموسيقى والاستجابة الناتجة التى تثيرها فى المستمع. وللموسيقى خصائصها الإيقاعية التى نستجيب لها بأسماعنا وبكل حركات أجسامنا وخفقات قلوبنا وخيالنا.

وتستثير الموسيقى استجابات لدى المستمعين تتجلى فى شكل تغييرات ظاهرية فى السلوك. فمن المستمعين من يظل ساكنا بلا حراك ومنهم من يتحرك فى شكل هوس.

وللموسيقى أثر يختلف باختلاف السن والجنس، فأثرها على الأطفال يختلف عنه لدى الشباب وعنه لدى الشيوخ. ويختلف لدى الذكور عنه لدى الإناث. وهى على العموم تصاحب الإنسان من المهد (موسيقى المهد) إلى اللحد (الموسيقى الجنائزية). وهناك تأثير يختلف حسب نوع الموسيقى إذا كانت عسكرية أو دينية أو راقصة أو تصويرية... إلخ، حيث يختلف تأثير الإيقاع والتأليف واللحن. كذلك تؤثر الثقافة الموسيقية والتعليم الموسيقى وعادات السمع الموسيقى والتذوق الموسيقى.

والتفاعل مع الموسيقى يكون عن طريق السمع والإحساس السمعى والمعنى العقلى والإدراك الموسيقى والتجاوب الانفعالى إلى درجة التوحد مع اللحن. ومن هنا تبدو الفروق الفردية فى التذوق الموسيقى. (كريتشلى وهينسون Critchley & Henson ، ١٩٧٧).

وقد استخدم الإنسان الموسيقى منذ وقت طويل لتساعده فى العلم كما فى التربية والتعليم، وفى العمل كما فى التركيز والتعاون، وفى اللهو كما فى الغناء والرقص، وحتى فى الحرب والعبادة.

والموسيقى سلاح ذو حدين: فالموسيقى السارة تشرح الصدر، بينما الموسيقى الحزينة قد تؤدى إلى مزيد من الحزن. وإذا قيل إن الموسيقى تطرد الشيطان فهى فى نفس الوقت قد تدعوه فى الحفلات الصاخبة.

الموسيقى وأثرها الفسيولوجي:

الموسيقى لها أساس فسيولوجى ولها أثر فسيولوجى.

ويقوم الجهاز العصبى بصفة خاصة وأجهزة الجسم المختلفة بصفة عامة بدور هام هنا. ويذهب ض إلى أن فى جسم الإنسان توجد مصادر للموسيقى فى النبض وفى التنفس ربما لهاتأثير حتى ن كانت موجات الصوت الصادرة عنها غير مسموعة، ولكنها موجودة بدليل أننا نسمعها بالسماعة بية. وهذه الموجات الصوتية الصادرة من أجهزة الجسم متناغمة. وتختلف درجة التناغم بين الأفراد ختلف فى الفرد الواحد من وقت لآخر حسب صحته وحيويته وحالته الانفعالية. ولذلك نتوقع م الاستمرارية فى قدرة الجسم الإرسالية للصوت أو الموسيقى وفى قدرته الاستقبالية للصوت لموسيقى. والذى يسمع نبض فرد يغنى بصوت مرتفع يجد أن النبض يستجيب لقوة الصوت. ذى يستمع أداء مغن حنجرته ملتهبة أو أحباله الصوتية ملتهبة أو صدره أو قلبه مريض أو صحته عيفة، يجد أن صوته ضعيف منخفض. واسمع قلب المحب حين يرى محبوبه أو يسمع ما يذكره من موسيقى أو غناء. وبالمثل إذا تأثرت الآلة الموسيقية بطرق أوخدش أو تشويه تأثر الصوت سادر عنها فيكون أشبه بصوت المريض المتعب «يئن».

والموسيقى - كفن انفعالى - لهاتأثير فسيولوجى حيث تتأثر وظائف أعضاء الجسم بالاستماع إلى سيقى مثل الخبط بالرجل أوتحريك اليد أو الرأس وتغير النبض والضغط وسرعة التنفس. إن ـات الصوت «الموسيقى» تؤثر فى الإنسان بكل كيانه وكل أجهزته (الجهاز العصبى والحـى دورى والتنفسى والهضمى)، كما أنها تؤثر فى تأخير التعب العضلى والعقلى.

وهناك تأثير فسيولوجى ميكانيكى للموسيقى، فهى صوت منغم إيقاعى يحدث ذبذبات فى اء عبارة عن موجات صوتية يصل إلى الأذن ويؤثر فى طبلتها ويؤثر فى العصب السمعى الذى ـل الرسالة الصوتية إلى المراكز العصبية فى المخ فتجعل الفرد يدرك الصوت الإيقاعى المنغم تمتع باللذة الحسية. والجهاز العصبى له خاصية حفظ وتخزين الأنغام واستدعائها. والموسيقى فى موجات المخ الكهربائية. ومن الملاحظ أن الأم تغنى برفق وهدوء وبطء لطفلها الصغير. ا يؤثر على جهازه العصبى فيسترخى ويهدأ أو ينام. كذلك فإن الموسيقى السريعة presto العالية يرة الصاخبة تؤثر مباشرة على الأعصاب.

لموسيقى وأثرها الانفعالى:

لوسيقى خبرة انفعالية تتنوع فى محتواها بتنوع الانفعالات الإنسانية نفسها. (نوردوف وروبنز Nordoff & Rob، ١٩٨٥).

الموسيقى لها أساس انفعالى ولها أثر انفعالى. فالنغم تعبير انفعالى يؤثر فى الانفعالات. وتعرف يقى بأنها لغة تعبر عن الانفعالات والعواطف والمشاعر. وهى أقوى الفنون تحريكا للانفعالات اطف. والموسيقى تلازم الإنسان فى حبه وفى مرحه، وفى احتفاله وحتى فى حزنه.وعندما يندمج

الفرد مع الموسيقى مؤديا أو مستمعا فإنه يخبر محتواها الانفعالى ويعيشه. إن الموسيقى بكل ما تشتمل عليه من تجريد، وما تبدو عليه من أنها ليست بذات معان، تنتسب إلى عالم الانفعالات بكل عمق.

والعناصر النفسية فى الموسيقى كثيرة،. وعلى رأسها إثارة الانفعالات والمشاعر. وجميع عناصر الموسيقى كالاتقان اللحنى والتوافق الصوتى ومقاس ذبذبة النغم والإيقاع واللون النغمى... إلخ تؤثر فى الحالة الانفعالية للمستمع فتضعه فى مكان ما بين طرفى الفرح الشديد والحزن المفرط، أو فى مكان ما بين السعادة والمرح أو التهيج والاستثارة.

والنغمات الموسيقية ـ كتنظيم جمالى ـ تحدث تأثيرا سارا يوحى بالسعادة والأمل طالما كانت فى حدود مناسبة من الشدة. أما إذا كانت أشد وأعلى وأسرع فإنها تحدث الإثارة والتهيج الانفعالى. وإذا كانت أرق وأضعف وأبطأ فإنها تحدث التهدئة الانفعالية.

الموسيقى وأثرها الاجتماعى:

تقدم الموسيقى عادة فى حفلات استماع وفى إطار اجتماعى، وتسهم بدور هام فى التفاعل الاجتماعى،وتجعل الإنسان أكثر تفاعلا وتيسر الاتصال الاجتماعى، وتساعد فى العمل التعاونى وتتيح فرصة التنافس فى شكل مقبول اجتماعيا. وقد يصاحب الموسيقى الآلية الغناء والأصوات البشرية التى تردد أغنيات محببة مما يفيد فى جوانب النمو الاجتماعى.

والموسيقى تثير النزعة القومية. إن السلام الوطنى والأناشيد القومية وأغانى الحنين إلى الوطن تثير دموع المغتربين.

هذا، وتستخدم الموسيقى فى زيادة الإنتاج بشرط ألا تكون جاذبة للانتباه حتى لا تصرف العامل عن عمله. فالموسيقى تستخدم لتسلية العمال وتنظيم نشاطهم فى المصانع وفى الأعمال الثقيلة والحرف التى تحتاج إلى مجهود كبير لإثارة الحماس وتقليل الملل. وفى الحرب تساعد الموسيقى الجنود على تحمل العناء والجهد. إن الموسيقى العسكرية باعتبارها الرمز المسموع للزمن المنظم تنظم المشى. والموسيقى العسكرية السريعة تسرع ضربات قلوب الجنود وتثير حماسهم لخوض المعركة فى الميدان لتحقيق النصر.

وتستخدم الموسيقى فى الأغراض الدينية، فهى تساعد فى التعبير عن السلام العقلى والتقوى والخير. فرجال الدين البوذيين ينشدون الأغنيات الدينية مع الموسيقى. والموسيقى تستخدم مع التراتيل فى المعابد والكنائس.

وبالإضافة إلى ما سبق، تلخص آمال صادق (١٩٨٠) أثر الموسيقى فى تنمية النواحى الاجتماعية فى: تنمية روح الفريق (الفرق الموسيقية)، وتنمية الشعور بالمبادأة والمسئولية الاجتماعية والثقة بالنفس، والإسهام فى تمضية وقت الفراغ فى نشاط تربوى موجه.

الأثر العقلى للموسيقى:

للموسيقى أثر عقلى حيث تثير خيال المستمع خصوصا إذا صاحبها غناء صوتى يفسر معانيها. وتلعب الثقافة الموسيقية للمستمع دورا هاما فى الاستجابة لها. أى أنها تتضمن عنصرا معرفيا. فالفرد يستفيد من ثقافته وخبراته الموسيقية فى الاستجابة للموسيقى. وكلما ازدادت المعرفة الموسيقية كلما ازدادت هذه الاستجابة . (نبيلة ميخائيل، ١٩٧٨).

وبالإضافة إلى ذلك فإن للموسيقى أثرها فى تنمية النواحى العقلية وخاصة، تنمية الإدراك الحسى، وتنمية القدرة على الملاحظة، وتنمية القدرة على القراءة والكتابة الموسيقية، وتنمية القدرة على التنظيم المنطقى، وتنمية الذاكرة السمعية، وتنمية الإحساس والإدراك الزمنى، وتنمية الإحساس اللمسى والبصرى والتصور الحركى، وتنمية القدرة على الابتكار. وزيادة المعلومات وتحسين تعلم المواد الدراسية. (آمال صادق،١٩٨٠).

الموسيقى وأثرها التربوى:

إن كل مقطوعة موسيقية تعتبر هدية ثقافية قيمة تقدم للجنس البشرى. والموسيقى أداة فعالة فى التربية، فهى تساعد التلاميذ فى تعلمهم وفى لعبهم.

ويستفاد من الموسيقى تربويا من نواح كثيرة. فالموسيقى رياضة مسموعة أو رياضة صوتية. ويمكن تحليل القيمة الرياضية للمقطوعة الموسيقية، وفى ذلك تدريب للأذن وتدريب للمخ. والموسيقى تنمى الإدراك الدقيق للزمن والتتابع والتناغم، وتعلم التناسب والنظام.

والموسيقى تنمى الاستمتاع العقلى المعرفى، وتنمى التذوق الجمالى، والحكم الجمالى. وفوق هذا وذاك فإن الموسيقى توسع الإدراك، وهى مجال رحب للابتكار.

التشخيص بالموسيقى:

الموسيقى تثير فى المستمع ذكريات وخبرات سابقة مختزنة، وتعبر عما يختلج فى النفس من عواطف وانفعالات. لذلك يمكن استخدامها كأداة للحصول على عينات من هذه الخبرات الانفعالية والخيالات اللاشعورية التى تعبر عن المشاعر الخاصة تتمركز حول الذات التى تستجيب لسماعها وتتلون بالمزاج الشخصى للمستمع وتكشف عن النشوة والمرح أو الحزن والاكتئاب.

ويستعان بالاختبارات الإسقاطية الموسيقية فى استخراج محتويات لا شعورية وكشف النقاب عن دينامياتها المسيطرة فى سلوك الأفراد المضطربين نفسيا. وقد وجد أنه يمكن باستخدام هذه الاختبارات الإسقاطية الموسيقية الكشف عن الرغبات اللاشعورية والحيل الدفاعية والصراعات الكامنة. وكذلك يمكن تشخيص حالات العصاب والذهان والتمييز بينهم وبين الأفراد العاديين (الأسوياء). (ضياء الدين أبو الحب، ١٩٧٠).

ومن أساليب التشخيص بالموسيقى «الاختيار الموسيقى» حيث يختار المريض الموسيقى التى يفضلها والتى لا يفضلها لـلتعرف على حالته النفسية والمزاجية وميوله ورغباته وأحاسيسه وحالته المرضية. ومعروف أن الفرد حين يختار مقطوعة موسيقية فإنه يختارها بالذات لأنها تعبر عن حالته وعن مشاعره الذاتية وعن خبراته الشخصية.

وقد يطلب من المريض (الموسيقى) ارتجال مقطوعة موسيقية improvisation تعبر عن مشاعره وأحاسيسه الخاصة، وتكشف عن مظاهر استقراره أو اضطرابه. ويساعد ذلك فى تشخيص حالته المرضية. ويلاحظ أن القرع الشديد على الطبول يعبر عن أعراض نفسية.

عملية العلاج بالموسيقى:

إن العلاج بالموسيقى لكى يكون مؤثرا فلابد أن يكون فيه قدر كبير من الابتكار. والخطوط العريضة التالية تمثل مجرد إطار مرجعى، وليس تحديدا لإجراءات جامدة لعملية العلاج بالموسيقى.

الإعداد للعملية:

قبل البدء فى العملية العلاجية، يجب الإعداد لها حيث يكون قد تم تشخيص الحالة وتحديد العمر والمستوى الثقافى والهوايات والحالة الصحية والعضوية والفسيولوجية للمريض.

المناخ العلاجى:

تبدأ عملية العلاج بالموسيقى بتهيئة المناخ العلاجى المناسب، ويتضمن ذلك إعداد المكان المناسب.

ويلاحظ أن الموسيقى تحسن المناخ العلاجى والتفاعل الاجتماعى بين المعالج والمريض، وبينه وبين المرضى فى العلاج الجماعى. كذلك فإن الموسيقى تتيح فرصة الترفيه والتنشيط اللازم للمناخ العلاجى مما ييسر تحقيق الهدف العلاجى.

العلاقة العلاجية:

فى المناخ العلاجى المناسب تقوم العلاقة العلاجية من خلال جلسات العلاج ويتطلب نجاح العلاقة بالموسيقى أن يكون فى إطار من التقبل والفهم المتبادل والتعاون بين المعالج والمريض. وتتضمن العلاقة العلاجية التفاعل والاتصال بين المريض والمعالج. وإذا تكونت قناة اتصال موسيقى بين المعالج والمريض، يجب أن تكون مفتوحة وحرة،وهذا يسمى الألفة الموسيقية musical rapport وهذا ينشط الاستجابة وييسر التخلص من الخوف، وتحقيق قدر من السرور وقدر من الثقة فى الموقف العلاجى. وإذا كان المريض له اهتمامات موسيقية يمكن استغلال هذا الاهتمام فى إنشاء وتدعيم العلاقة العلاجية والتجاوب بينه وبين المعالج فى ضوء الاهتمام المشترك.

إن المعالج الموسيقى الدارس الذى يجيد الارتجال والابتكار الموسيقى يملك لغة ممتازة للاتصال مع المريض. إنه يعبر موسيقيا ويتابع تعبيرات وجه المريض ولمحاته وحركاته وسلوكه، من خلال تنوع

الأداء فى ضوء الزمن واللحن والهارمونية والإيقاع والسكتات... إلخ. إنه يصور سلوك المريض ويتابع نشاطه بحرية وارتجال وابتكار (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥)

الخبرة الموسيقية العلاجية:

تتطلب عملية العلاج بالموسيقى وضع برنامج موسيقى يناسب الحالة لتحقيق الهدف العلاجى.

وقلب البرنامج الموسيقى العلاجى هوالخبرة الموسيقية التى تناسب شخصية المريض الذى يوضع فيها وتؤثر فى سلوكه حين يعيها سمعيا (إيقاعا وطبقة وعلوا) وبصريا (قراءة ومتابعة فى الأداء) ولمسيا (مع الآلة).

وتتضمن الخبرة الموسيقية العلاجية موسيقى مرتجلة مبدئية استكشافية تعدل لتناسب إيقاعات المريض وسلوكه حيث يهيىء المعالج موقفا يتمكن من خلاله أن يشخص وأن يعالج، لأن المريض يستجيب موسيقيا وشخصيا. وكيفية ومدى استجاباته تحدد مجرى الارتجال الذى يقوم به المعالج ليحتوى المريض فى الخبرة الموسيقية.

ويحرص المعالج على الحصول على استجابة المريض صوتيا أو إيقاعيا أو غير ذلك.ومن أنماط الاستجابات التى تشاهد: حرية كاملة فى الإيقاع ، حرية غير مستقرة فى الإيقاع (نفسيا أوعصبيا)، حريةمحدودة فى الإيقاع، إيقاع قسرى، إيقاع مضطرب، إيقاع انفعالى، إيقاع مشوش، عزف على الآلة، غناء مصاحب، دندنة مصاحبة، متابعة التغير فى اللحن. (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥).

الموسيقى العلاجية:

الموسيقى العلاجية لها أنواع يجب الاختيار من بينها بما يتفق مع الحالة الخاصة لكل مريض. ومدى تقبله وتذوقه لها واللون والأسلوب الذى يفضله. وأهم أنواع الموسيقى العلاجية أربعة هى:

الموسيقى المهدئة (الهادئة): وهى تتكون من السلم الصغير. وتكون لينة وهادئة، متوسطة أو منخفضة الطبقة، متصلة (التغير فيها تدريجى)، يغلب على لحنهاالتكرار، تموجاتها بطيئة، زمنها بطىء، تناسب سرعتها سرعة التنفس، إيقاعها هادىء ولحنها بسيط، تعزفها عادة آلة واحدة مثل الفلوت أو الكمان. ومن أمثلتها التقاسيم الحرة والمواويل. ولها تأثير مهدىء جسميا ونفسيا. وتستخدم لتهدئة المرضى المتهيجين.

الموسيقى المنشطة (المثيرة): وهى تتكون من السلم الكبير، وتكون قوية، عالية الطبقة، متقطعة وغيرمنتظمة، خالية من الرتابة، تموجاتها سريعة، زمنها سريع، متنوعة الآلات، بها مفاجآت مثل الانتقال من مقام لآخر، إيقاعها واضح وقوى. ذات تآلفات معقدة تعطى قوة عند سماعها. ومن أمثلتها المارشات العسكرية. ولها تأثير منشط لتنشيط مرضى الاكتئاب والفصام التخشبى.

موسيقى الاسترخاء (المنومة): وهى منخفضة، هادئة. وتكون رتيبةخالية من المفاجآت والتنويع، كثيرة التكرار، تعزفها آلة واحدة غالبا، زمنها بطيء هادئة النبر، إيقاعها غير محدد ومنتظم ورتيب،غير متنوعة، ومن أمثلتها موسيقى أغانى المهد. ولها تأثير يبعث على الاسترخاء والنوم.

الموسيقى السارة (المفرحة): وهى متوسطة الهدوء والسرعة والزمن والتكرار والإيقاع. ومن أمثلتها الموسيقى الراقصة. ولها تأثير مفرح مطرب مبهج ممتع مريح ترفيهى.

التداعى الحر:

عن طريق التداعى الحر أو «الترابط الطليق» يطلق المريض العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وإحساساته تتداعى وتسترسل حرة مترابطة تلقائيا. والموسيقى وسيلة مفيدة فى هذا، فهى قد تظهر أفكارا فوق الموسيقى extramusical وتداعى حر للأفكار والمشاعر، كوسيلة إسقاطية. إنها حقا تتيح فرصة التعبير عن الذات (سواء فى الأداء أو الاستماع).

التنفيس الانفعالى:

الموسيقى من أهم وسائل مساعدة المريض فى عملية التنفيس الانفعالى. إنها تستثير الكثير من الاستجابات الانفعالية لدى المريض. فهى تستثير السرور والفرح الشديد (مما يؤدى إلى النشوة) أو الحزن العميق (مما قد يؤدى إلى زرف الدموع). وهى أيضاً تستثير الهدوء والسكينة أو الإثارة والاندفاع، وهى تستثير الحماس والشجاعة أو الفزع. وهى تستثير الابتهاج أوالغضب.

والموسيقى تساعد فى التنفيس الانفعالى،حيث تنعكس فيها أنات الحزانى والمفجوعين، وزفرات المحبين، ومتع اللاهين والعابثين. ومن الناحية الانفعالية فإن الموسيقى تهدىء الانفعال وتخفف الحزن والأسى وتجلب السرور والسعادة والبهجة.

والموسيقى تيسر التعبير الانفعالى عن النفس (بقبول اجتماعى) سواء إيجابا أو سلبا فى إطار مقبول اجتماعيا كما فى الموسيقى الراقصة مثلا.

والموسيقى تخفف التوتر النفسى. وما يعترى حياة المريض من متاعب. إنها تجعله يقلع من خلالها عن التفكير فى متاعب الحياة اليومية ويستسلم إليها وهو يسبح فى عالم الخيال.

التفسير والاستبصار:

ويتناول التفسير العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج وكل ما كشف عنه التداعى الحر والتنفيس الانفعالى وعلاقة هذا كله بخبرات المريض ومشكلاته. ويتناول التفسير أيضاً الأعراض المرضية وعلاقات المريض الشخصية والاجتماعية وهدف حياته وأسلوب حياته.... إلخ.

والموسيقى العلاجية تدعم الاستبصار والوعى بالذات.

التعلم وإعادة التعلم:

إن الخبرة الموسيقية العلاجية يجب أن تتيح للمريض خبرة تتيح تعلم السلوك السوى وأساليب التوافق النفسى السليم. ويجب العمل على حدوث التعلم التدريجى لحرية التعبير وإقامة اتصال مناسب مع الآخرين كعوامل أساسية للعلاج.

تعديل وتغيير السلوك:

الموسيقى تستلفت انتباه المريض ويصاحبها ارتباطات وأفكار، وتؤدى إلى سلوك يمكن توجيهه الوجهة الصحيحة عن طريق المعالج. والموسيقى تيسر السلوك المنتظم مع الواقع، لأنها واقع يحياه المريض فى الخبرة الموسيقية. والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة الجسمية، (بدءا من حالات الإعاقة الجسمية إلى حالات المهارة الجسمية الفائقة).

والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة النفسية، مثل الحالة المزاجية (سعيد أو حزين أم مكتئب أو مهووس)، ومثل الدافعية للإنجار (منخفضة أو عالية)، ومثل القدرة التعليمية (متأخر عقليا إلى متفوق عقليا). والموسيقى تتيح تنمية السلوك ذاتى الستوجيه لدى المرض حين تيسر له الخبرة الموسيقة المؤدية إلى النجاح وتحمل مسئولية توجيه الذات واتخاذ القرارات.

والصمت الذى يصاحب الاستماع الموسيقى هوالآخر صمت علاجى therapeutic silence. فمرضى العصاب أو مرضى الذهان حين يتصتون إلى الموسيقى لا يتكلمون إلى مخالطيهم أو ذويهم فيقلعون عن الكلام عن مخاوفهم ووساوسهم وهلاوسهم التى ينشطها التكرار والتى قد تؤثر على الآخرين خاصة الأزواج والأولاد. (كريتشلى وهينسون Critchley & Henson، ١٩٧٧).

تغير الشخصية:

مع تقدم العلاج بالموسيقى وتكرار الجلسات، واطراد نمو الشخصية وتغيرها، يكون المريض لنفسه فلسفة عامة فى الحياة لتحقيق أهداف جديدة أكثر واقعية، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته. وعلى العموم فإن الموسيقى كفن تضيف إلى تكامل شخصية الفرد بصفة عامة.

الأثر العلاجى الخاص للموسيقى:

للموسيقى دور وتأثير خاص فى علاج الأمراض النفسية. وتخطط الخبرة الموسيقية العلاجية وتوجه لتحقيق آثارها العلاجية الخاصة المرجوة لدى المريض.

والموسيقى تجلب السرور،وتبعد المريض عن أعراض مرضه. وهى تفجرينابيع الانفعال وتخفف المخاوف. وتنمى إمكانات التعبير عن النفس. والموسيقى تدرب إحساس المريض بالجمال حين يسهم بفعالية فى الإيقاعات والأغانى والعزف الموسيقى إذا أمكن. وهى تنقل المريض المنطوى من عالمه الذى انسحب إليه إلى منبسط يتفاعل مع العالم الخارجى المحيط به. والموسيقى تزيد التفاعل بين

المعالج والمريض وتحيى الخبرة الموسيقية العلاجية بصورة أفضل، وتثير حماس المريض وشعوره بتحقيق النجاح. إنها تيسر خبرات تؤدى إلى النجاح وتؤكده، والنجاح يؤدى إلى مزيد من النجاح. والموسيقى توسع مجال الخبرة التى يشعرفيها المريض بنفسه وتنمى الشعور بقيمة الذات ومكانتها وتحقيق الذات، والافتخار بالذات، وتنمى ثقته بنفسه.

والموسيقى تتيح فرصة تعويضية للعميل المعوق ممايساعده فى تقبل ذاته والتخفف من تأثير إعاقته.

عيادة العلاج بالموسيقى:

إن أفضل مكان لعملية العلاج بالموسيقى هو «عيادة العلاج بالموسيقى» music therapy clinic كعيادة متخصصة، وإن لم توجد فحجرة العلاج بالموسيقى فى العيادة النفسية.

وفى حجرة العلاج بالموسيقى توجد على الأقل آلة (غالبا بيانو أوأورج) يجيد المعالج العزف عليها، وبجوارها طبلة. ويمكن أن يوجد عدد آخر من الآلات الموسيقية البسيطة والمتنوعة، بالإضافة إلى أجهزة الراديو وأجهزة التليفزيون والمسجلات وأجهزة الفيديو.

وإلى جانب حجرة العلاج بالموسيقى يوجد حجرات خاصة بالاختبارات النفسية والموسيقية وحجرة المكتبة الموسيقية وحجرة خاصة بطرق العلاج.

أساليب العلاج بالموسيقى:

هناك أساليب متعددة للعلاج بالموسيقى أهمها مايلى:

العلاج بسمع الموسيقى (السمع الموسيقى):

وفيه يسمع المريض مقطوعات موسيقية. وهو حين يستمع يسرح بفكره مع الألحان وينسى مرضه فى لحظات الاستماع والاستمتاع. ولذلك عدد من الأساليب أو الفنيات منها:

العلاج بالخلفية الموسيقية: Background Musical Therapy

ومعظمها موسيقى هادئة تسمع فى ساعات محددة فى العيادات والمستشفيات عن طريق الراديو أو التليفزيون أو المسجلات. وتذاع فى صوت معتدل خلال ساعات العمل والغذاء والقراءة والتسلية. ويلاحظ أنه فى العلاج النفسى يتحدث المرضى أسهل عند وجود خلفية موسيقية.

العلاج بالتأمل الموسيقى: Contemplative Musical Therapy

ويفترض فيه أن المريض يهتم بالفن بصفة عامة، وبالموسيقى بصفة خاصة. ويسبق الجلسة الموسيقية معلومات عن المؤلف والمقطوعة، ويلى السمع مناقشة حول الانفعالات التى تثيرها الموسيقى. ويمكن استخدام هذا الأسلوب فرديا أو جماعيا. ويلاحظ أن الموسيقى التى يقع الاختيار عليها يجب أن تناسب الحالة الانفعالية للمريض ومرضه، إن كان مكتئبا أو يعانى من القلق أو الهوس... إلخ. فمثلا فى حالة الهوس تستخدم الموسيقى المرحة، وفى حالة الاكتئاب تستخدم

مقطوعات موسيقية تعبر أولا عن مشكلة المريض، أو يختار المقطوعة المعبرة عن المشكلة، ويلاحظ المعالج تعبيرات المريض أثناء السمع، ويطلب منه التفكير فى مشكلته وتجارب حياته، وتكون الإضاءة قوية. وبعد ذلك يرتجل أو يقدم مقطوعة هادئة تبعث على الثقة والطمأنينة فى نفس المريض، وتزيل آثار المقطوعة الأولى المثيرة. وأثناء السمع إلى المقطوعة الثانية يسترخى المريض ويطلب منه التفكير فى كل ما هو جميل فى الطبيعة وفى خبراته. وتكون الإضاءة ضعيفة. وأخيراً يرتجل المعالج أو يقدم مقطوعة منشطة مرة أخرى ليوقظ المريض من حالة الهدوء والاسترخاء، بهدف بعث الثقة فى النفس والإقبال على الحياة، ويطلب منه التفكير فى الأنشطة الفنية والاجتماعية والرياضية المعبرة عن النشاط الاجتماعى. وتكون الإضاءة قوية.

الاسترخاء مع الموسيقى الهادئة:

يتلقى المريض وتعزف الموسيقى الهادئة أو المنومة مع تنظيم التنفس والتركيز على شيء واحد إلى أن يتم الاستيقاظ تدريجيا وفى هدوء بواسطة موسيقى متدرجة الشدة، وقد يستعان فى ذلك بفنيات أخرى للتخلص من التوتر الجسمى.

العلاج بالعزف الموسيقى:

وفيه يؤدى المريض (الموسيقى) بنفسه مقطوعات موسيقية. ولذلك عدد من الأساليب أو الفنيات منها:

العلاج بالأداء الموسيقى: Executive Musical Therapy

وهو عبارة عن أداء موسيقى يقوم به المريض العازف فرديا أو المرضى جماعيا. وقد يصاحب العزف غناء. وفى حالة عدم إجادة المريض للعزف على آلة يمكن إشراكه فى الأداء بأن يبدأ المعالج بالعزف المرتجل ويشجع المريض على استخدام الطبلة والمصاحبة الإيقاعية بالتدريج. ويمكن أن يبدأ المريض بالإيقاع ويتابعه المعالج بعزف لحن مرتجل يساير إيقاعه. ومعروف أن معظم مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية تكون فرقا موسيقية وفرق إنشاد (كورال). والكورال يقوى الثقة بالنفس ويحسن التفاعل الاجتماعى، ويدعم الشعور بالقيمة الاجتماعية ويحمى المريض من ضغط الأداء المنفرد. ويعرف المرضى أن الأداء ليس أداء محترفين ولكنه أداء علاجى ولذلك فهم يسرون بأى أداء ولا يشعرون بالنقص. وفى حالة حسن الأداء فإن المستمعين يشجعون الفريق، وهذا فيه إثابة ذات قيمة تدعيمية عظيمة. ويلاحظ أن الأداء الموسيقى يتطلب تدريبا مسبقا فى لقاءات (٢-٣ أسبوعياً لمدة ساعة مثلا) على مقطوعات شائعة وأغان شعبية تختار عادة من بين الموسيقى والأغانى المرحة المتفائلة. ويمكن أن يقود الفريق أو الكورال أحد المرضى، بصفة دورية أو متكررة. وهذا يحسن ديناميات الجماعة بتحسين التفاعل وزيادة الثقة حسن الأداء والنجاح والقيمة. وفى بعض المستشفيات يتم بالفعل تكوين أوركيسترا تضم عدداً من المرضى. ويفيد الأداء الموسيقى العلاج Executive Iatromusic فى فترة العلاج وفترة التأهيل.

العلاج بالابتكار الموسيقى: Creative Musical Therapy

يرتكز هذا الأسلوب على الخبرات المؤثرة (المثيرة للمشاعر) حيث يحدث التنفيس الانفعالى إما بالتأليف الموسيقى (الارتجالى) أو بالغناء. إن الموسيقى هنا تعتبر وسيلة تحويل انفعالى بنفس الصراعات الشخصية والاجتماعية. ويمكن المزج بين الأداء الموسيقى والابتكار الموسيقى للتعبير عن الانفعالات القوية (المرح والحزن والغضب والاشمئزاز... إلخ)، ويمكن أن يتم ذلك من خلال الدراما النفسية أثناء الأداء نفسه. وهنا يشجع المريض (أو المرضى) على اختيار التعبير الموسيقى لمقطوعات موسيقية وإيقاع الحركات التى تؤدى.

العلاج بالسمع الموسيقى والإيقاع الحركى:

وهنا تستخدم الموسيقى مع الإيقاع الحركى لتصريف المشاعر الداخلية الكامنة، وتصريف الشحنات والتخلص من الضغوط الداخلية بحرية الحركة المصاحبة للموسيقى. ويبدأ هذا الأسلوب بموسيقى قوية نشطة تحرك جميع أعضاء الجسم وتؤدى إلى الشعور بحب الحياة وتنشيط القلب، وتحقيق التوافق والانسجام بين نشاط الجسم الداخلى والعالم الخارجى.

العلاج بالموسيقى مندمجا مع طرق العلاج النفسى:

يستند العلاج بالموسيقى إلى نظريات العلاج النفسى ويتخذ منها إطاراً مرجعيا. وهذا يتيح للعلاج بالموسيقى الاندماج مع طرق العلاج النفسى الأخرى التى تقوم على أساس تلك النظريات. وفيما يلى أمثلة على ذلك:

العلاج التحليلى بالموسيقى Analytical Music Therapy ويتضمن استخدام الكلمات والموسيقى المرتجلة من جانب كل من المريض والمعالج للكشف عن الحياة الداخلية للعميل ولتيسير نموه. وفى أول الأمر يتكلم المريض عن أى شئ يبدو مهما بالنسبة له شخصيا. ومن هذه المادة يختار المعالج مع المريض عنوانا للموسيقى المرتجلة، ثم يتيح فرصة التعبير الحر عن المواد اللاشعورية عن طريق الخيالات والذكريات والانفعالات التى تبزغ فى شعورالمريض أو كانفعال لا شعورى منقول من المريض إلى المعالج فى شكل تحويل أو تحليل تحويل. (مارى بريستلى Pristly، ١٩٨٠)

* تطبيق العلاج بالموسيقى فى إطار طريقة العلاج المركز حول العميل: حيث تستخدم الموسيقى لتمكن العميل من التعبير عن نفسه وخبراته الداخلية (إدوارد أسموس وجانيت جيلبيرت Asmus & Glibert، ١٩٨١).

* تطبيق العلاج بالموسيقى فى إطار طريقة العلاج السلوكى، وفى إطار طريقة العلاج بالواقع. (انظر باربارا ويلر Wheeler، ١٩٨١).

الموسيقى كعلاج مساعد:

تستخدم الموسيقى كعلاج مساعد مشترك Combined مع طرق العلاج الأخرى سواء العلاج الطبى النفسى أو العلاج الطبى مما يدعم أثرها. وفى هذه الحالة لا تكون الموسيقى هى النشاط الرئيسى فى عملية العلاج، ولكنها تكون علاجا مصاحبا لأنشطة علاجية أخرى. ويحتاج الأمر إلى اختيار مقطوعات موسيقية تتفق مع العلاج المصاحب.

وقد استخدامت الموسيقى كعلاج مساعد فى إحداث وإنهاء التنويم الإيحائى وقد كان أنطون مسمر Mesmer يعزف بنفسه أحياناً على الهارمونيكا موسيقى هادئة ومنومة عند إحداث حالة التنويم ثم مرحة ومنشطة عند إنهائها. وقد عرف هذا باسم التنويم الإيحائى الموسيقى Musical Hypnosis.

وتدخل الموسيقى ضمن البرنامج العلاجى فى مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية حيث يقسم المرضى إلى فئات حسب شخصياتهم وأمراضهم، ويقدم لكل فئة العلاج المناسب.

والعلاج بالموسيقى يعتبر أساسيا فى العلاج بالترويح. ويمكن أن تصبح الموسيقى إحدى هوايات المريض. وتدخل الموسيقى فى عملية العلاج باللعب خاصة فى حالات الأطفال. ويصاحب العلاج بالموسيقى العلاج بالعمل.

والعلاج بالموسيقى مهم عندما يزاوج بينه وبين العلاج النفسى التربوى للأطفال، وبينه وبين الإرشاد النفسى خلال وقت الفراغ. (حامد زهران، ١٩٨٠).

والموسيقى علاج مساعد مفيد أيضاً فى أساليب العلاج الجماعى مثل العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى (السيكودراما) والرقص العلاجى الجماعى Remedial Dances خاصة ما يكون منه شعبيا.

والعلاج بالموسيقى الهادئة له أثر فعال عندما يصحاب العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy.

والعلاج بالموسيقى له قيمة كبيرة فى العلاج النفسى التحررى Liberating Psychotherapy حيث يقلل من آثار سيطرة الاضطرابات الانفعالية والأفكار الوسواسية والهذاءات والهلوسات وسيطرة السلوك الغريزى.

ويفضل الجراحون استخدام الموسيقى الهادئة أثناء إجراء العمليات الجراحية. وفى أفريقيا تستخدم الموسيقى الصاخبة (غالبا موسيقى الطبول) أثناءعملية الختان (خاصة وأنها تجرى فى مرحلة المراهقة أحياناً). وكذلك تستخدم الموسيقى فى جراحات الفم والأسنان.

والعلاج بالموسيقى مهم فى فترة النقاهة بعد العلاج النفسى أو الطبى النفسى أوالطبى.

أشكال العلاج بالموسيقى:

هناك شكلان رئيسان للعلاج بالموسيقى:

العلاج الفردى بالموسيقى: Individual Music Therapy

ويتضمن التفاعل الموسيقى musical interaction بين المعالج والمريض. ويركز على استغلال النشاط والحساسية الموسيقية للمريض والمعالج. ويهتم بتعديل بعض الاستجابات وأنماط السلوك المرضى في إطار الخبرات الشخصية الفردية للمريض.

العلاج الجماعى بالموسيقى: Group Music Therapy

ويأخذ شكل عزف جماعي أو غناء جماعي أو هما معا (فريق أوكورس أو كورال). وهذا يشجع المشاركين المشتركين المتقاربين في مشكلاتهم واضطراباتهم ويستثير حماسهم واهتمامهم، وينشط حياتهم العقلية والانفعالية. ويصاحب العلاج الجماعي بالموسيقى أنشطة عملية جماعية وعلاقات اجتماعية. وتستخدم الإثابة والتغذية الراجعة لرفع الروح المعنوية كلما شارك الأفراد في النشاط الموسيقى للجماعة بنجاح. وتكون الخبرة الموسيقية الجماعية متضمنة خصائص انفعالية درامية وانتباه عقلى وتآزر حسى حركى بالإضافة إلى الفائدة المؤكدة من الناحية الاجتماعية. وقد تدخل الموسيقى مع التمثيل النفسى (السيكودراما) كمشاركة، حيث يلعب الأفراد أدوارهم في نشاط ومسئولية وتعاون. وحين تتم المشاركة في خبرة جماعية مرنة سارة وجذابة كالغناء الجماعي مع العزف أو التمثيل المسرحى مع الغناء والعزف، فإن هذا يتيح فرصة نمو السلوك الاجتماعي حيث يتوافق أداء الفرد مع أداء الآخرين. وفي الإطار الجماعي يهتم المعالج بكل فرد مراعيا حاجاته وقدراته ومشكلاته الشخصية. فقد يكون أحدهم يحتاج استثارة والآخر تنظيم والثالث يحتاج استعادة ثقته بنفسه... وهكذا.

استخدامات العلاج بالموسيقى:

يستخدم العلاج بالموسيقى مع الجميع مهما اختلف المرض أو العمر أوالحالة الاجتماعية الاقتصادية، ويستخدم مع كثير من الحالات. وفيما يلى أمثلة لذلك:

* حالات المشكلات: مثل الاضطرابات العاطفية، واضطرابات النوم، والتخلف العقلى، وبطء التعلم والتأخر الدراسى.
* حالات العصاب: مثل القلق، والخواف، والاكتئاب، والهستيريا، وتوهم المرض، وعصاب السجن.
* حالات الذهان: مثل الفصام، والهوس.
* حالات المرض النفسى الجسمى: مثل اضطرابات الجهاز الدورى، والجهاز التنفسى، وجهاز الغدد.

الفصل السادس

المشكلات والأمراض النفسية وعلاجها

* تصنيف المشكلات والأمراض النفسية والعقلية.

* المشكلات النفسية واضطرابات الشخصية:

الضعف العقلي ـ التخلف الدراسي ـ الاضطرابات الانفعالية ـ اضطرابات العادات ـ اضطرابات الغذاء ـ اضطرابات الإخراج ـ اضطرابات النوم ـ اضطرابات الكلام ـ مشكلات المعاقين ـ جناح الأحداث ـ الإدمان ـ مشكلات الشباب ـ الانحرافات الجنسية ـ المشكلات الزواجية ـ مشكلات الشيخوخة.

* الاضطرابات النفسية الجسمية:

فى أجهزة الجسم: العصبى، الدورى، التنفسى، الهضمى، الغددى، التناسلى، البولى، الهيكلى، الجلد.

* العصاب:

القلق ـ توهم المرض ـ الضعف العصبى ـ الهستيريا ـ الخواف ـ عصاب الوسواس والقهر ـ الاكتئاب ـ التفكك ـ أنواع أخرى من العصاب.

* الذهان:

الفصام ـ الهذاء «البارانويا» ـ الهوس ـ ذهان الهوس والاكتئاب.

تصنيف المشكلات والأمراض النفسية والعقلية

هناك عدة تصنيفات للأمراض النفسية والعقلية يقوم كل منها على أساس ووجهة نظر مختلفة. وأهم هذه التصنيفات ذلك الذى يقوم على أساس الأسباب وطبيعة التغير المرضى الذى ينشأ عنها.

وفيما يلى تصنيف المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية الذى تبناه المؤلف وأعد الفصل الحالى على هداه:

* **المشكلات النفسية واضطرابات الشخصية: وتشمل:**

الضعف العقلى، والتأخر الدراسى، والاضطرابات الانفعالية، واضطرابات العادات، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم، وأمراض الكلام، ومشكلات المعاقين (ذوى الحاجات الخاصة)، وجناح الأحداث، والإدمان، ومشكلات الشباب، والانحرافات الجنسية، والمشكلات الزواجية، ومشكلات الشيخوخة.

* **الاضطرابات النفسية الجسمية: فى أجهزة الجسم المختلفة:**

العصبى، والدورى، والتنفسى، والهضمى، والغددى، والتناسلى، والبولى، والهيكلى، والجلد.

* **العصاب: (الأمراض النفسية):**

القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبى، والهستيريا، والخواف، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب، والتفكك، وأنواع أخرى من العصاب (مثل: عصاب الحرب، وعصاب الحادث، وعصاب السجن، وعصاب القدر).

* **الذهان : (الأمرض العقلية)**

الفصام، والهذاء أو «البارانويا»، والهوس، وذهان الهوس والاكتئاب.

المشكلات النفسية واضطرابات الشخصية

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS
& PERSONALITY DISORDERS

عرفنا أن **الفرد العادى قد يعانى من بعض المشكلات النفسية** فى حياته اليومية لا تصل إلى درجة المرض النفسى. ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل أن يستفحل أمرها وتتطور الحالة إلى عصاب أو ربما إلى ذهان، أو على الأقل حتى لا تحول دون النمو النفسى السوى ودون تحقيق الصحة النفسية.

وكثير من الناس يدركون فى وقت من أوقات حياتهم أن سلوكهم أو سلوك أولادهم ليس كما يودون أن يكون وأن **سلوكهم مضطرب بدرجة تخرج عن السلوك العادى** بما يعوق

حياتهم العادية ويؤثر فى حياتهم الاجتماعية. وهؤلاء يكونون فى حاجة إلى مساعدة فى حل مشكلاتهم النفسية.

ويجب أن يتأكد هؤلاء أنهم **ليسوا هم الوحيدون** الذين يعانون من مشكلة، وأن المشكلات ليست قاصرة عليهم وحدهم، وأن علاج مثل هذه المشكلات سهل ميسور. فكم من أشخاص عانوا من مشكلات نفسية، واضطرابات شخصية، وعن طريق الاستشارة والتوجيه والإرشاد والعلاج النفسى حلت مشكلاتهم وتغلبوا على اضطراباتهم وعاشوا فى سعادة وهناء.

وعلاج المشكلات والاضطرابات النفسية يحتاج إلى دراسة المشكلة والاضطراب طولا وعرضا وعمقا. ويحتاج إلى جمع كل البيانات المتعلقة بالمشكلات وأعراضها وتاريخها... إلخ. إن الفرد القوى هو الذى يواجه مشكلاته واضطراباته **مواجهة علمية واقعية**، ويعلن الحرب عليها، ولا يهرب منها، ولا يتجاهلها، بل يطلب المساعدة فى حلها وعلاجها.

إن **مفتاح الصحة النفسية** هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة، يعرف مشكلاته ويحددها ويدرسها ويفسرها ويضبطها ويحولها من مشكلات واضطرابات تسيطر عليه إلى مشكلات واضطرابات يسيطر هو عليها.

وفيما يلى نتناول أهم المشكلات النفسية واضطرابات الشخصية فى الطفولة والمراهقة والشيخوخة.

الضعف العقلى

MENTAL DEFICIENCY

الضعف العقلى مشكلة من أكبر المشكلات التى تهم علماء النفس وعلماء التربية وعلماء الاجتماع والطب والوالدين بصفة خاصة. (١)

تعريف الضعف العقلى:

هو حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلى المعرفى، يولد بها الفرد أو تحدث فى سن مبكرة،نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، تؤثر على الجهاز العصبى للفرد، مما

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى الضعف العقلى مايلى:

- American Journal of Mental Deficiency.
- Australian Journal of Mental Retardation.
- British Journal of Mental Subnormality.
- Education and Training of the Mentally Retared
- Indian Journal of Mental Retardation.
- Journal of Mental Deficiency Research.
- Mental Deficiency Law Reporter.
- Mental Retardation.
- Mental Retardation Bulletin.
- Proceedings of the American Association on Mental Deficiency.
- Research and the Retarded.

دى إلى نقص الذكاء، وتتضح آثارها فى ضعف مستوى أداء الفرد فى المجالات التى ترتبط بالنضج لتعليم والتوافق النفسى فى حدود انحرافين معياريين سالبين.

وهناك **عدة مصطلحات** تدور، معظمها حول الضعف العقلى، ومعظمها مترادف، مثل النقص لقلى، والقصور العقلى، والتأخر العقلى، والتخلف العقلى، وضعف العقل، ويقابلها باللغة لانجليزية.

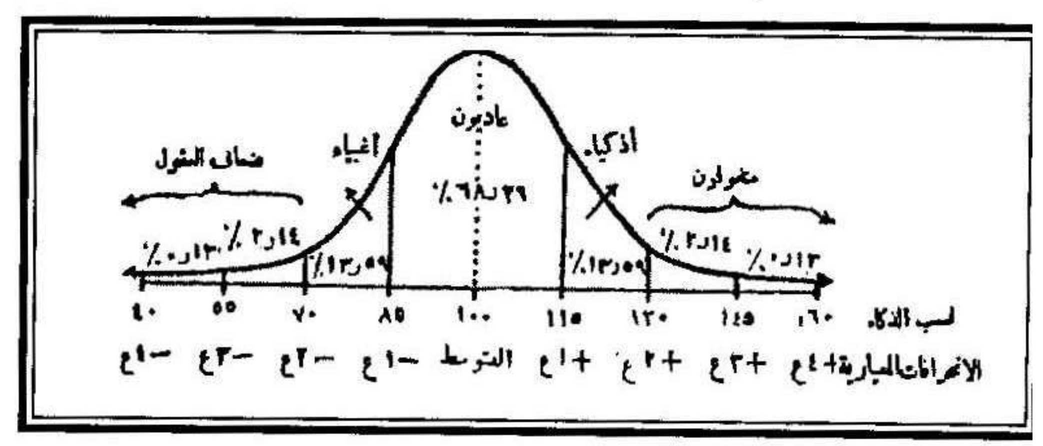
مترادفات مثل: Mental Retardation, Mental Deficiency, Mental Subnormality

ويجب ألا يحدث خلط بين **الضعف العقلى والمرض العقلى**. فالضعف العقلى ليس رضا، وإنما هو حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة فيضعف النمو العقلى ويسوء التوافق النفسى لاجتماعى، ولا يمكن شفاؤها، إنما يمكن تقديم المساعدة النفسية والاجتماعية والتربوية المناسبة. ما المرض العقلى مثل الاكتئاب أو الفصام... إلخ فقد يصيب الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية ن الذكاء فى أى مرحلة من مراحل النمو بعد أن كان الفرد من قبل عاديا، وهذا يمكن شفاؤه.

والضعف العقلى **مشكلة متعددة الأبعاد**. فهو مشكلة طبية ونفسية وتربوية وأجتماعية، إذ أنه صاحبه اضطرابات نفسية وجسمية وتظهر آثاره فى المجال التحصيلى والمجال الاجتماعى والمجال لمهنى وغير ذلك من مجالات الحياة.

مدى حدوث الضعف العقلى:

تبلغ نسبة ضعاف العقول فى المجتمع حوالى ٢,٣٪ من مجموع السكان وخاصة فى مرحلة لطفولة، وقد تصل نسبتهم إلى حوالى ٥٪ من المواليد، إلا أن نسبة الوفيات بينهم عالية خلال لرضاعة، وهؤلاء تقل نسبة ذكائهم عن ٧٠ (انظر شكل ١٢٨) (1). وبين هؤلاء وبين العاديين تقع حالات حدية» يطلق عليهم «الأغبياء»



شكل (١٢٨) نسبة ضعاف العقول فى المجتمع موضحة على منحنى التوزيع العادى

(١) نسبة الذكاء = $\frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} \times ١٠٠$

تصنيف الضعف العقلى:

التصنيف على أساس الأسباب، ويشمل:

الضعف العقلى الأولى: ويضم الحالات التى يرجع الضعف العقلى فيها إلى عوامل وراثية مثل أخطاء المورثات (الجينات) والصبغيات (الكروموزومات)... إلخ، ويحدث فى حوالى ٨٠٪ من حالات الضعف العقلى. ومن أمثلته حالات الضعف العقلى العائلى، وحالات العته العائلى المظلم.

الضعف العقلى الثانوى: ويضم الحالات التى يرجع الضعف العقلى فيها إلى عوامل بيئية تؤدى إلى إصابة الجهاز العصبى فى أى مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب ويحدث فى حوالى ٢٠٪ من حالات الضعف العقلى. ومن أمثلته حالات استسقاء الدماغ، وحالات القصاع. (تريدجولد Tredgold، ١٩٥٢).

التصنيف على أساس نسبة الذكاء، ويشمل:

المأفون (المورون) moron: وتبلغ نسبتهم حوالى ٧٥٪ من مجموع ضعاف العقول. وتتراوح نسبة ذكاء المأفون بين ٥١ ـ ٧٠ ويسير النمو العقلى على الأكثر بثلاثة أرباع سرعته العادية. ويتراوح عمره العقلى فى أقصاه بين ٧ ـ ١٠ سنوات. ومن خصائصه العقلية المعرفية أنه غير قادر على متابعة الدراسة فى فصول المدرسة العادية إلا أنه يكون «قابلا للتعليم» ببطء وفى مدارس أو فصول خاصة. ويمكنه تعلم القراءة والكتابة والحساب والتفكير البسيط ولا يتجاوز المرحلة الابتدائية وبفشل متكرر وصعوبة بالغة. ومن الناحية الاجتماعية نجده على درجة معقولة نسبيا من التوافق الاجتماعى فى شكل بسيط وبالنسبة لباقى فئات الضعف العقلى. ويستطيع أن يحافظ على حياته. ومن الناحية الاقتصادية يستطيع أن يكسب عيشه من العمل فى حرفة متواضعة بعد التدريب وتحت الرقابة والتوجيه. وقد يظهر لديه بعض النقائص الجسمية والفسيولوجية الطفيفة. ويلاحظ أن بعض المأفونين قد ينحرفون إلى السلوك المضاد للمجتمع كالجريمة والبغاء وذلك لسهولة انقيادهم ونقص بصيرتهم.

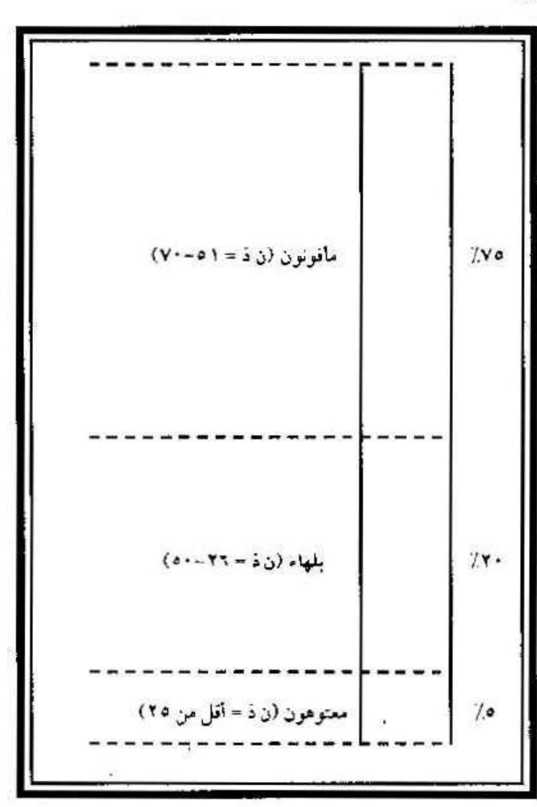
الأبله imbecile: وتبلغ نسبتهم حوالى ٢٠٪ من مجموع ضعاف العقول. وتتراوح نسبة ذكاء الأبله بين ٢٦ ـ ٥٠ ويسير النمو العقلى بدرجة تتراوح من ربع إلى نصف سرعته العادية. ويتراوح عمره العقلى فى أقصاه بين ٣ ـ ٧ سنوات. ومن خصائصه العقلية المعرفية أنه غير قابل للتعليم، إلا أنه «قابل للتدريب» تحت الإشراف على بعض المهارات التى تساعد على المحافظة على حياته ضد الأخطار المادية الخارجية كالنار والسيارات والغرق، وهو لا يستطيع القيام بعمل مفيد، وبالتالى لا يستطيع أن يعول نفسه. ومن الناحية الاجتماعية نجده لا يستطيع التوافق الاجتماعى ويكون غير مسئول اجتماعيا. ومن الناحية الانفعالية يلاحظ أن الانفعالات رتيبة واضحة، فبعضهم يكون مرحا وبعضهم متوعك المزاج وبعضهم يكون هادئا وبعضهم غير مستقر

وعدوانى ومخرب. وقد يلاحظ لـديه بعض النقائص الجسمية. ويحسـن وضع هؤلاء فى مؤسسات إذا كانوا عبئا على الأسرة، ولـكن هذا الإجراء ليس ضـروريا دائما. (أنتـونى بورتنوف وديميـترى فيدوتوف Portnov & Fedotov، ١٩٧٠).

المعتوه Idiot : وتبلغ نسبتهـم حوالى ٥٪ من مجموع ضعاف العقول. وتقل نسبة ذكاء المعتوه عن ٢٥. ولا يتجاوز سير النمـو العقلى ربع سرعته العادية. ولا يزيد عمره الـعقلى فى أقصاه عن ٣ سنوات. ومن خـصائصه العقـلية أنه غير قـابل للتعلـيم أو التدريب ولا يسـتطيع القراءة أو الـكتابة مطلقا، والـتفكير يكاد يكون مـعدوما والكلام يكون غير واضـح ومشوها. ومن الناحية الاجـتماعية يكون غير مسئول اجتمـاعيا وغير متوافق اجتماعيا، ويحتاج إلى رعايـة كاملة وإشراف مستمر طوال حياته كالأطفال الصـغار تماما لأنه لا يستطيع حـماية حياته من الأخطار ولا يستطيع أن يكـسب عيشـه. ومن الناحية الانفعالية يكون ضحل الانفعالات تماما. وغالبا تلاحظ لديه نقائص فى التكوين الجسمى ويكون تلف المخ كبيـرا، وتكون قابليته للإصابة بالأمراض شديدة، ولـذلك لا يعمر طويلا. وهؤلاء يجب وضعهم فى مؤسسات خاصة. (انظر شكل ١٢٩).

المعتوه العاقل idiot savant :

وهذه طـائفة نادرة مـن ضعـاف العـقول يعرف الواحـد منهم باسم «المعتـوه العاقل أو المعتوه العارف أو المعتوه الـنابغ» وتتضح عند كل مـنهم قدرة عـقلية أومـوهبة خارقـة فى ناحـية خـاصة (مـثل الـقدرة المـوسيـقيـة أو الذاكرة المـمتازة أو النحت المبتـكر أو الرسم الرائع) على الرغم من وجود صفات الضعف العقلى فيه مما يثيـر العجب لأن نبوغـهم فى قدرة معـينة ينـاقض ضعفـهم العقـلى. ومن أمثلة القدرات الخاصـة أوالمواهب التى توجد لدى هـؤلاء، القـدرة الموسـيقـية أو الـذاكرة الممتازة والرسم الرائع. ويروى تاريخ الصحة النفـسية أن منهم مـن نبغ فى الرسـم وخاصة رسـم القطط وسـمى «روفائيل القطط». ويرى البعض أن هؤلاء قد يكونون مرضى بالفصام البسيط وتاريخ حياتـهم مجهول وأن حالتهم قد شخصت تشخيصا خاطئا.



شكل (١٢٩) تصنيف الضعف العقلى على أساس نسبة الذكاء

التصنيف الكلينيكي:

وهو يعتمد على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية والمرضية المميزة بجانب الضعف العقلي، والتي تجعل التعرف الكلينيكي عليهم سهلا جدا. ومن أهم الأنماط الكلينيكية لضعاف العقول ما يلي:

المنغولية Mongolism : وتسمى أحيانا باسم «البله المنغولي» أو «العته المنغولي» أو «مرضى داون» Down's Disease. وهذه حالة ضعف عقلي ولادي، تتميز بخصائص جسمية واضحة تشبه ملامح الجنس المنغولي ويصحبها بله أو عته. ويوجد تشابه كبير بين هذه الحالات كما لوكانوا جميعا من أسرة واحدة، وفي نفس الوقت لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم. ونسبة هؤلاء حوالي ٥ - ١٠٪ تقريبا من حالات الضعف العقلي. ومعظهم يكونون من فئة البلهاء، ونسبة أقل من فئة المعتوهين، ونسبة ضئيلة جدا من فئة المأفونين. (انظر شكل ١٣٠). ومن الخصائص المميزة للمنغولية: الرأس العريض ومحيطه أقل من العادي، والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد، والعينان منحرفتان لأعلى وخارجا و تميلان إلى الضيق وغالبا بهما حول، والأنف عريض قصير وأفطس،واللسان كبير عريض خشن مشقق وقد يبدو بارزا خلال الفم المفتوح، والأذنان صغيرتان مستديرتان، والقامة والأطراف قصيرة، والكفان عريضان وسميكان مع وجود خط مستعرض عبر راحة الكف، والأصابع قصيرة وخاصة الخنصر وانحناءه نحو الداخل، والقدمان مفرطحتان وأحيانا يوجد شق في أسفل بين إبهام القدم والأصبع المجاور له، وأعضاء التناسل صغيرة الحجم، والكلام متأخر والصوت خشن، والنمو والتآزر الحركي مضطرب، ويلاحظ الترهل الجسمي بصفة عامة. ومن الخصائص الانفعالية والاجتماعية أن الطفل المنغولي لطيف ودود مرح نشط اجتماعي يحب التقليد والمداعبة. متعاون مبتسم يحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض «الأطفال السعداء». وتشير البحوث إلى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية عند الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هورمونات الغدد الصماء، وكبر سن الأم عند الحمل، (أكثر من ٤٠ سنة وخاصة إذاكان الحمل قرب سن القعود)، وشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد من نوع Y نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة (المنغولي يكون لديه ٤٧ كروموزوم والطفل العادي ٤٦ كروموزوم).

القماءة أو القصاع: Cretinism وهذه حالة ضعف عقلي تتصف بقصر القامة بدرجة ملحوظة، فقد لا يصل الفرد إلى ٩٠ سم مهما كان عمره الزمني، ولذا تعرف أحيانا باسم «القزامة». ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن مستوى البلهاء والمعتوهين. (انظر شكل١٣١). ومن أبرز الخصائص المميزة في هذه الحالة إلى جانب قصر القامة النمو المتأخر، والشعر خشن خفيف، والشفتان غليظتان، واللسان متضخم، والرقبة قصيرة وسميكة، والجلد جاف وغليظ متجعد ومنتفخ وخاصة على الجفنين والشفتين، والأطراف قصيرة، واليدان والقدمان والأصابع قصيرة وسميكة،

والبطن بارز مستدير، والصوت خشن والكسل واضح والحركة بطيئة، والنمو الجنسى متأخر، والغدة الدرقية غائبة غالبا مع وجود تورم شحمى فى الرقبة. أما عن أسباب القماءة أو القصاع فأهمها انعدام أو قلة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدى إلى تلف فى المخ. ولذلك فالعلاج المبكر المكون من خلاصة إفرازات الغدة الدرقية يجب أن يستمر مدى الحياة.

استسقاء الدماغ: Hydrocephaly وهذه حالة ضعف عقلى ترتبط بتضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخى الشوكى بشكل غير سوى فى بطينات الدماغ حتى يتلف المخ نتيجة للضغط المستمر إلى الداخل ويزيد تضخم الجمجمة نتيجة للضغط إلى الخارج. ويتوقف مدى الضعف العقلى على مقدار التلف الذى حدث بأنسجة المخ. ويتوقف مدى الضعف العقلى فى هذه الحالة بين الأفن والعته. (انظر شكل ١٣٢). ومن الخصائص المميزة لحالة استسقاء الدماغ كبر محيط الجمجمة (قد يصل إلى ٧٥ سم فى بعض الحالات رغم بقاء حجم الوجه عاديا، ويكون شكل الجمجمة مثل الكمثرى المقلوبة) وجلد الرأس يكون مشدودا على سطح الجمجمة الكبيرة، وتضطرب الحواس وخاصة البصر والسمع، وتشاهد نوبات الصرع ويضطرب النمو والتوافق الحركى. أما عن أسباب هذه الحالة فتشير البحوث إلى احتمال حدوث عدوى مؤثرة أثناء الحمل مثل الزهرى والالتهاب السحائى ووجود عوامل وراثية مؤثرة. ويمكن معرفة الحالة مبكرا عن طريق قياس محيط رأس الرضيع مرارا وملاحظة البقعة الرخوة (اليافوخ) فى رأس الرضيع مرارا. والعلاج الوحيد المعروف هو الجراحة عن طريق ما يسمى أنبوبة التحويل لتصحيح دورة السائل المخى الشوكى وتخفيف ضغطه على المخ وتصريفه إلى الوريد العنقى حيث يمتص بسهولة وبلا ضرر فى الدم. (بولاتين Polatin، ١٩٦٦).

صغر الجمجمة: Microcephaly وهذه حالة ضعف عقلى ولادى تتميز بصغر حجم الرأس أو الجمجمة وصغر حجم المخ وقلة نموه. ولا يزيد مستوى الذكاء فى هذه الحالات عن العته والبله. (انظر شكل ١٣٣). ومن الخصائص المميزة صغر حجم الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين والأذنين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعى ويميل الرأس إلى الشكل المخروطى، يفيض جلد الرأس على العظم الذى يغطيه فيبدو مجعدا، والنمو اللغوى متخلف والكلام غيرواضح، وقد تصاحب الحالة نوبات التشنج والصرع، ويكون النشاط الحركى زائدا وغير مستقر. وتشير البحوث إلى أن أسباب هذه الحالة قد ترجع إلى إصابة الجنين فى الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو بالصدمات الكهربائية، أو حدوث عدوى أوالتهابات سحائية أثناء فترة الحمل، أو وجود مورث (جين) متنحٍ مسئول عن الحالة، أو التحام عظام الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو المخ نموا طبيعيا.

كبر الدماغ: Macrocephaly وهذه حالة ضعف عقلى تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم الدماغ. ويصاحب زيادة حجم الجمجمة زيادة فى حجم المخ وخاصة المادة البيضاء والخلايا

الضامة، ويتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالة بين البله والعته. وهي حالة نادرة الحدوث. ومن الخصائص المميزة لهذه الحالة كبر حجم الجمجمة عن المعتاد وخاصة فوق الحاجبين والأذنين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي، وعادة يصاب البصر، وتحدث التشنجات. وربما يكون من بين أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق المورثات (الجينات) أدى إلى نمو شاذ في أنسجة المخ و في الجمجمة. ويلاحظ في هذه الحالة بالذات أن كبر حجم الدماغ لا يعني بالضرورة وجود الضعف العقلي، لأن حدوث الضعف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.

حالات العامل الريزيسي في الدم: Rh factor وهذه حالات ضعف عقلي ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزيسي [1] وهو أحد مكونات الدم ويتحدد وراثيا، فإذا كان العامل الريزيسي عند كل من الأم والأب سالبا أو موجبا فلا توجد مشكلة. أما إذا كان العامل الريزيسي عند كل من الأم والأب مختلفا فهذا يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة وإلى اضطراب في توزيع الأوكسجين وعدم نضج خلايا الدم وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين، وبالتالي يؤثر هذا في تكوين المخ مما قد ينتج عنه تلف المخ والضعف العقلي وربما موت الجنين والإجهاض أو موته بعد ولادته بقليل. فمثلا إذا كانت الأم ـ Rh (أي لا يوجد لديها هذا العامل) والأب + Rh (أي يوجد لديه هذا العامل) وورث الجنين عن أبيه نوع دمه + Rh حدث هذا الاضطراب. وعند الميلاد يكون الطفل كسولا لديه فقر دم وصراخه عاليا وتشاهد التشنجات. وقد عزا بعض الباحثين موت كثير من الأجنة في أرحام أمهاتهم إلى مثل هذا الاضطراب. وإذا تم تشخيص هذا الاضطراب مبكرا وتم العلاج خلال الأسابيع الستة الأولى من حياة الطفل يكون الأمل في الشفاء كبيرا. ولأغراض الوقاية ينصح المقدمون على الزواج بمعرفة نوع العامل الريزيسي عند الطرفين. (كليمر Klemer، ١٩٦٥). ومع التقدم الطبي أصبح من الممكن اتخاذ إجراءات طبية وقائية خاصة في مثل هذه الحالات.

حالات البول الفينيلكيتوني: Phenylketonuria وهذه حالات ضعف عقلي نادرة تنتج عن وجود الفينيلكيتون في الدم. وعادة تكون نسبة الذكاء في هذه الحالات أقل من ٥٠ وغالبا أقل من ٢٥. وهذه حالة يسببها قصور في التمثيل الغذائي للجسم وذلك لنقص الإنزيمات اللازمة لتمثيل الأحماض الأمينية خاصة إنزيم فينيلالنياز Phenylalinase اللازم لتمثيل فينيلالانين Phenylalanine الذي يوجد في الأغذية البروتينية وتحويله إلى ما يفيد الجسم، فيتراكم هذا في الدم ويصبح ذا أثر سام متلف للمخ ويظهر في البول. وهذه الحالة وراثية (يحملها جين متنحي)، أي أن الفرد قد يحمل المرض دون أن يصاب به، ولا يظهر المرض إلا في الطفل الذي يحمل كل من

---

(١) نسبة إلى القرد الريزيسي Rhesus الذي استعمل دمه في التجارب التي أدت إلى اكتشاف هذا العامل سنة ١٩٤٠. وتتكون صفة الريزيس الموجب في الدم أي وجود هذا العامل في الدم (وتوجد عند حوالي ٨٥٪ من الناس) تحت تأثير الجين السائد + Rh أما صفة الريزيس السالب أي عدم وجود هذا العامل في الدم (وتوجد عند حوالي ١٥٪ من الناس) فتنتج تحت تأثير الجين المتنحي – Rh.

والديه هذا المرض. ومن مظاهر هذا المرض إلى جانب الضعف العقلى وجود أعراض عصبية مثل الرعشة والتشنج والصرع و اضطراب الاتساق العضلى والتقلاب وتلون الجلد وكثرة العرق والرائحة الظاهرة للبول. ولذلك يجب فحص بول الوليد. وإذا اكتشف المرض يجب العلاج بوضع نظام غذائى للطفل بمنع الفينيلالانين و الأغذية التى تحتويه مثل اللبن.

العته العائلى المظلم: Amaurotic Familial Idiocy وهذه حالة ضعف عقلى نتيجة مرض فى الجهاز العصبى يؤدى إلى الحالة بعد نمو قد يكون سويا خلال العام الأول من عمر الطفل. وهذه الحالة وراثية ويشاهد أكثر من حالة فى العائلة الواحدة. وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتنتفخ وتتورم وتمتلئ بالدهن مما يؤدى إلى العمى والضعف العقلى حتى العته. وقد يصاحبها الشلل والتشنج والصراع وفقدان الضبط الانفعالى وتنتهى بالموت غالبا.

أسباب الضعف العقلى:

يمكن إرجاع معظم حالات الضعف العقلى إلى أسباب إما وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ)، وقد تحدث الأسباب قبل أو أثناء أو بعد الولادة. كذلك قد توجد بعض الأسباب النفسية المساعدة التى يصاحبها رد فعل وظيفى فقط.

الأسباب الحيوية: يقدر بعض الباحثين أن الأسباب الوراثية مسئولة عن حوالى ٧٥٪ من حالات الضعف العقلى. وتحدث وراثة الضعف العقلى إما مباشرة عن طريق المورثات أو الجينات التى تحملها صبغيات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين الوراثة. وقد يحدث أن تسبب الوراثة ضعفا عقليا بطريق غير مباشر. فبدلا من أن تحمل الجينات ذكاء محدودا تحمل عيوبا تكوينية أو قصورا أو اضطرابا أو خللا أو عيبا يترتب عليه تلف لأنسجة المخ أو تعويق لنموه أو وظيفته وقد يؤدى اختلاف الجينات إلى قصور فى التمثيل الغذائى يؤثر فى النمو الطبيعى للدماغ. وقد تحدث تغيرات مرضية تلقائية تطرأ فى المورثات أو الجينات التى تحملها الصبغيات أو الكروموزومات وذلك أثناء انقسام الخلايا. ويلاحظ أن الضعف العقلى قد ينتقل عن طريق أحد الجينات المتنحية التى قد يحملها الفرد ولاتظهر عليه صفتها، أى دون أن يكون هو ضعيف العقل. ويفسر هذا ظهور حالة ضعف عقلى (مثل العته العائلى المظلم) فى أسرة عادية من حيث مستوى الذكاء بين أفرادها. كذلك فإن شذوذ الصبغيات (الكروموزومات) يسبب الضعف العقلى (كما فى حالة المنغولية) ويؤدى اضطراب إفراز الغدد إلى الضعف العقلى (كما فى حالة نقص إفراز الغدة الدرقية التى تسبب القماءة أو القصاع).

الأسباب البيئية: وهى ترجع إلى عوامل بيئية تحدث تأثيرها بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين سواء كان ذلك فى بداية تكوينه أو فى أثناء مدة الحمل أو عند الولادة أو بعد الولادة كالعدوى (بالحصبة الألمانية أو الزهرى) أو إصابة الرأس (أو جرحها) والتهاب الدماغ والتهاب السحايا والأورام العصبية أو اضطراب الغدد الصماء أو نقص إفرازها (مثل الغدة الدرقية)

واضطراب عملية تمثيل الغذاء (كما فى حالات وجود الفينيلكيتون فى البول) والتسمم وتأثير الأشعة السينية واختلاف دم الأب والأم واختلاف دم الجنين عن دم الأم من حيث العامل الريزيسى وإدمان الام الحامل للمخدرات والكحول والمحاولات المتكررة للإجهاض ونقص الأوكسيجين والاختناق عند الولادة العسرة أو الولادة المبتسرة (أى الولادة قبل تمام نمو الجنين) وعدوى المخ أو جرح الرأس بعد الولادة وتجمع أو احتباس السائل المخى الشوكى بتجاويف المخ... إلخ. وهذه كلها أسباب تؤثر فى الجهاز العصبى وتؤدى إلى الضعف العقلى وتأثير هذه العوامل لا يحدث تغييرا أصليا فى جوهر الخلايا ولا ينتقل بالوراثة للأجيال التالية.

الأسباب النفسية والاجتماعية المساعدة: وهذه يصاحبها رد فعل وظيفى فقط ولا يصل تأثيرها إلى حد إحداث حالات الضعف العقلى. وأهمها الضعف الثقافى العائلى، ونقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلى السوى، والحرمان البيئى، والاضطراب الانفعالى المزمن فى الطفولة المبكرة، والاضطراب الذهانى، والبيئة غير السعيدة والمستوى الاجتماعى الاقتصادى المنخفض، والفقر والجهل والمرض. هذه كلها تؤدى إلى عدم تمكين الإمكانات الوراثية للقدرة العقلية من النمو السوى أو إلى إبطاء معدل نمو الذكاء. ونحن نعرف أن للمكونات البيئية للذكاء أهمية كبيرة.

أعراض الضعف العقلى:

فيما يلى أعراض الضعف العقلى. ويلاحظ أنها لا توجد كلها لدى حالة واحدة، وهى تنطبق على أقصى درجات الضعف العقلى وتخف حدتها فى الحالات الخفيفة.

الأعراض العامة:

تتلخص فى: تأخر النمو العام، والقابلية والتعرض للإصابة بالأمراض وقصر متوسط طول العمر، والعجز الجزئى أو الكلى عن كسب القوت وعن المحافظة على الحياة، وقرب الرغبات من المستوى الغريزى، وجمود ورتابة السلوك، ونقص القدرة على ضبطه وتعديله حسب مقتضى الحال، والسلوك العام طفلى.

الأعراض الجسمية:

تتلخص فى : بطء النمو الجسمى، وصغر الحجم والوزن عن العادى، ونقص حجم ووزن المخ عن المتوسط، وتشوه شكل وتركيب وحجم الجمجمة، والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان، وتشوه الأطراف، وبطء النمو الحركى وتأخر الحركة واضطرابها وروتينيتها، وضعف واضطراب النشاط الجسمى.

الأعراض العقلية المعرفية:

تتلخص فى: بطء معدل النمو العقلى المعرفى، ونقص نسبة الذكاء عن ٧٠، وعدم توافق وانسجام القدرات، واضطراب الكلام، وضعف الذاكرة والانتباه والتركيز والإدراك والتعميم والتخيل والتصور والتفكير والفهم، وضعف التحصيل، ونقص المعلومات والخبرة.

الأعراض الاجتماعية:

تتلخص في: صعوبة التوافق الاجتماعي، واضطراب التفاعل الاجتماعي والجناح ونقص الميول والاهتمامات، والانسحاب والعدوان، وعدم تحمل المسئولية ومغايرة المعايير الاجتماعية، واضطراب مفهوم الذات، والميل إلى مشاركة الأصغر سنا في النشاط الاجتماعي.

الأعراض الانفعالية:

تتلخص في: التقلب والاضطراب الانفعالي، وسوء التوافق الانفعالي أو الاستقرارالانفعالي والهدوء، وسرعة التأثر، وبطء الانفعال وغرابته، وقرب ردود الأفعال من المستوى البدائي، وعدم تحمل القلق والإحباط، وعدم اكتمال نمو وتهذيب الانفعالات بصفة عامة. (مينولاسينو Menolascino، ١٩٦٩).

تشخيص الضعف العقلي:

يجب علي الوالدين والمربين المبادرة بالتشخيص المبكر لحالات الضعف العقلي حتى يمكن اتخاذ الإجراءات اللازمة لمساعدتهم في الوقت المناسب [١]. ويجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص الضعف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه ضعيف العقل يعتبر أمرا يغير مستقبل حياته. ويجب أن يتم تشخيص الضعف العقلي على النحو التالي:

الفحص النفسي: وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل [٢] (أقل من ٧٠)، ويلاحظ سلوكه العام (غريب، بدائي)، وقدرته علي التعبير عن نفسه (ضعيفة)، ومحصوله اللغوي (متأخر غير واضح)، وشخصيته (غير ناضجة)، وتوافقه الانفعالي (سيء)، ويستقصى عن وجود تلف المخ.

التحصيل الأكاديمي والتقدم الدراسي: ويلاحظ فيه نقص نسبة التحصيل والرسوب في المدرسة ونقص القدرة على التعلم ونقص المعلومات العامة.

الفحص الطبي والعصبي والمعملي: وفيه يفحص النمو الجسمي العام مع ملاحظة علامات الضعف العقلي الكلينيكي، والنمو الحركي، وفحص الحواس، وفحص الجهاز العصبي، واستقصاء أسباب الضعف العقلي قبل وأثناء الولادة، وإجراء الفحوص المعملية للأمصال والبول والدم والسائل النخاعي الشوكي ووظائف الغدد الصماء وعمل الأشعة السينية والمقطعية للرأس والمخ.... إلخ.

البحث الاجتماعي: فيه يؤخذ تاريخ واف للطفل وحالته وأسرته ويدرس مستوى نضجه وتوافقه الاجتماعي [٣] (متأخر وغير متوافق وأقل شعبية)، ومدى اعتماده على الآخرين وحاجته إلى الإشراف في سلوكه الاجتماعي.

---

(١) يمكن الاستعانة باستمارة التعرف المبدئي على حالات التخلف العقلي إعداد عبد السلام عبد الغفار وهدى برادة (١٩٦٦).

(٢) راجع اختبارات ومقاييس الذكاء المستخدمة في مصر ص.١٦٥.

التشخيص الفارق: يجب المقارنة بين الضعف العقلي وبين التخلف الدراسي، والمرض العقلي، والعاهات الحسية، واضطرابات الكلام... إلخ.

الوقاية من الضعف العقلي:

الضعف العقلي مشكلة من أهم المشكلات التي يجب العناية بالوقاية منه. ويؤكد أهمية الوقاية أن العلاج الكامل للضعف العقلي ليس ممكنا. وتتلخص أهم **الإجراءات الوقائية** فيما يلي: نشر المعرفة ورفع وعي المواطنين بخصوص الضعف العقلي، والإرشاد الزواجي، وتوجيه وإرشاد الوالدين، والفحص الدوري للأم الحامل، ووقاية الأم أثناء الحمل، وبذل الجهود لمنع الولادة غير الناضجة، ووقاية الأطفال أثناء الولادة، ووقاية الطفل في طفولته المبكرة، والتعرف المبكر على الاضطرابات الوراثية، وتحليل الدم والبول للأم والوليد، والحد من إنجاب الأطفال ضعاف العقول، والتعرف المبكر على حالات الضعف العقلي.

علاج الضعف العقلي:

يلاحظ أن فئة المأفونين هم الذين يستفيدون بدرجة أكبر من الوسائل العلاجية، يليهم في درجة الاستفادة البلهاء. أما المعتوهون فهم أقل الفئات استفادة. ولحسن الحظ فإن المأفونين يكونون الغالبية العظمى من ضعاف العقول. وتتضافر الجهود العلاجية **طبيا ونفسيا واجتماعيا وتربويا.**

وفيما يلي **أهم معالم علاج وتعليم وتدريب ضعاف العقول:**

العلاج الطبي: يتم العلاج الطبي اللازم حسب الحالة، والرعاية الصحية العامة، وخاصة حين يكون الضعف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية، وعلاج أي خلل في أعضاء الإحساس، وعلاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء مثل إعطاء هورمون الثيروكسين في حالات القزامة، وعلاج الأم والطفل في حالات استسقاء الدماغ، واتباع نظام غذائي خاص في حالات البول الفينيلكيتوني، ونقل الدم في حالات العامل الريزيسي، واستخدام الأدوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد، وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

العلاج النفسي: ويشمل التوجيه والإرشاد للوالدين اللذين يعتبر مجرد معرفة أن طفلهما ضعيف العقل حقيقة مرة ومساعدتهما نفسيا في تحمل المشكلة والقيام بمسئولياتهما تجاهها وقائيا وعلاجيا، وتعديل اتجاهاتهما نحو الطفل وفي تربيته ونحو ضعفه العقلي. وعلاج ما قد يكون لدى الطفل من قلق وعدوان وسلوك جانح. وتنمية مفهوم موجب للذات ومساعدة الطفل على تقبل ذاته. وتعديل البيئة والمثيرات الاجتماعية وأوجه الترويح والنشاط المهني والعلاقات الاجتماعية بما يكفل تحقيق الأمن الانفعالي والتوافق النفسي السوي. وينصح باستخدام طريقة العلاج السلوكي مع ضعاف العقول لأن العلاج السلوكي يدفع الطفل السلبي أو اللامبالي لكي يتعلم، ويقضي على أنواع السلوك غير المرغوب، ولا يتطلب أن يكون لدى الطفل مهارات لغوية ولا يتطلب محصولا تربويا أو خبرة.

العلاج الاجتماعي: ويشمل رعاية النمو الاجتماعي سعيا لتحقيق التوافق الاجتماعي لضعاف العقول. ويتضمن ذلك الإشراف العلمي المتخصص على عملية التنشئة الاجتماعية للطفل حسب إمكاناته وقدراته، وتعليمه وإكسابه المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية، وتنمية ميوله وتهذيب أخلاقه، والتدريب على السلوك الاجتماعي السوى المقبول وتصحيح أي سلوك خاطىء أو مضاد للمجتمع ومساعدته على المحافظة على حياته وحمايته من استغلال الآخرين، وإيوائه إذا استدعى الأمر في إحدى المؤسسات الخاصة حسب حالته. (براون وكورتليس Brown & Courtless، ١٩٦٨).

ويحرص الباحثون على إعداد برامج إرشادية لتنمية المهارات الاجتماعية لدى ضعاف العقول. (عايدة قاسم، ١٩٩٧)

العلاج التربوي: ويشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكن من استثمار ذكائه المحدود وطاقاته وإمكاناته بأفضل طريقة ممكنة وإلى أقصى حد ممكن وتعليمه المبادىء الأساسية البسيطة للمعرفة، وإعداده مهنيا ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته بما يحقق له التوافق الاقتصادي. ويستفيد من العلاج التربوي بصفة خاصة المأفونون (القابلون للتعليم) الذين تستوعبهم مدارس التربية الفكرية التي تتبع في تربيتهم أساليب متخصصة تربوية علاجية، أما البلهاء (القابلون للتدريب) فيدربون على الأعمال البسيطة تحت الإشراف في المؤسسات الخاصة أو مراكز التدريب المهني. أما المعتوهون (حالات العزل) فيحتاجون إلى رعاية خاصة دائمة حيث يعتمدون كلية على الآخرين وكأنهم أطفال صغار. ويقوم الباحثون بإعداد برامج تربوية تنموية علاجية لتعليم وتنمية وتصحيح المهارات الأساسية اللازمة لضعاف العقول. (إجلال سري، ١٩٨٩) (١)

مآل الضعف العقلي:

يستطيع ضعاف العقول القابلون للتعليم (المأفونون) ـ إذا تلقوا الرعاية والتعليم والتدريب المناسب ـ الحياة المفيدة المنتجة إذا عملوا أعمالا بسيطة روتينية تكرارية، وقد يفوقون العاديين الذين لا يرحبون بمثل هذه الأعمال

أما بالنسبة لضعاف العقول القابلين للتدريب (البلهاء) فيمكن تدريبهم على العادات الروتينية الضرورية للحياة. ونسبة النجاح معهم متوسطة.

أما المعتوهون فمآلهم غير حميد، ويظلون عبئا على المجتمع طوال حياتهم.

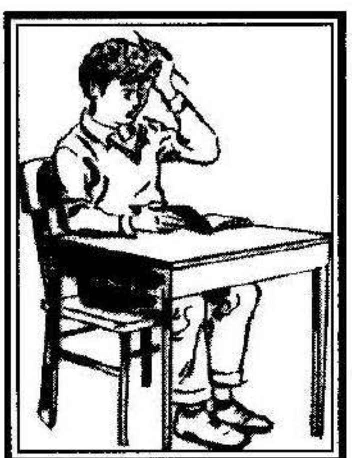
(١)انظر: الاتحاد النوعي لهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين بجمهورية مصر العربية (١٩٨٢). دليل هيئات رعاية وتأهيل المعاقين بجمهورية مصر العربية. القاهرة: الهيئة العامة للاستعلامات. وفيه دليل الهيئات التي تعمل بميدان المتخلفين عقليا، وهي: جمعية التنمية الفكرية بالقاهرة، وجمعية الحق في الحياة بمصر الجديدة، وجمعية التأهيل المهني بالاسكندرية، وجمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالجيزة، وجمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالغربية، وجمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالمنيا... وغيرها. وتضم كل جمعية عددا من المؤسسات والوحدات.

التخلف الدراسي

UNDER ACHIEVEMENT (١)

التخلف الدراسي مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مشكلة نفسية تربوية اجتماعية (٢).

والتخلف الدراسي هو حالة تأخر أو تخلف أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل (٣) دون المستوى العادي المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين.



شكل (١٣٤) التأخر الدراسي

وللأغراض التربوية يعرف التخلف الدراسي إجرائيا على أساس انخفاض الدرجات التحريرية التي يحصل عليها التلميذ في الاختبارات في جميع المواد (تخلف دراسي عام). (محمد رياض عزيزة، ١٩٧٥).

ويصنف التخلف الدراسي إلى أنواع منها:

* **تخلف دراسي عام:** يرتبط بالغباء حيث تتراوح نسبة الذكاء بين ٧٠ ـ ٨٥.
* **تخلف دراسي خاص:** في مادة بعينها كالحساب مثلا ويرتبط بنقص القدرة.
* **تخلف دراسي ممتد:** Long-term حيث يقل تحصيل الفرد عن مستوى قدرته على مدى فترة زمنية طويلة.
* **تخلف دراسي موقفي:** Situational يرتبط بمواقف معينة وخبرات سيئة مثل النقل من مدرسة لأخرى أو موت عزيز أو المرور بخبرة انفعالية حادة.

والمتخلف دراسيا هو المتخلف تحصيليا الذي يكون تحصيله الدراسي أقل من مستوى قدرته التحصيلية وأقل من المتوسط، ويكون بطيء التعلم Slow Learner.

(حامد زهران وآخرون، ١٩٧٨).

أسباب التخلف الدراسي:

أسباب التخلف الدراسي كثيرة، ويندر أن يرجع التخلف الدراسي إلى سبب واحد، ويمكن تلخيص أهم أسبابه فيما يلي: (انظر هدى برادة وحامد زهران، ١٩٧٤).

---

(١) هناك مصطلحات أخرى تدور معظمها حول التخلف الدراسي أو التأخر الدراسي ومعظمها مترادف مثل:
Low Attainment; Scholastic Retardation; Educational Retardation.

(٢) فيلم تعليمي «لماذا لا يستطيع جيمي القراءة».

(٣) نسبة التحصيل = $\frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠$

الأسباب الحيوية: تأخر النمو، وضعف البنية، والتلف المخي، وضعف الحواس مثل السمع والبصر، والضعف الصحي وسوء التغذية والأنيميا، واضطراب الكلام، والحالة السيئة للأم أثناء الحمل وإصابتها بأمراض خطيرة، وظروف الولادة العسرة.

الأسباب النفسية: الضعف العقلي والغباء ونقص القدرات العقلية ونقص الانتباه وضعف الذاكرة والنسيان، والشعور بالنقص وضعف الثقة في الذات، والاستغراق في أحلام اليقظة، واضطراب الحياة النفسية للتلميذ وصحته النفسية والمناخ النفسي المضطرب وسوء التوافق العام، والمشكلات الانفعالية والإحباط وعدم الاتزان الانفعالي والقلق والاضطراب العصبي، وكراهية مادة دراسية معينة أو أكثر، وعدم تنظيم مواعيد النوم، والاضطراب الانفعالي للوالدين.

الأسباب الاجتماعية: الانخفاض الشديد للمستوى الاجتماعي والاقتصادي واضطراب الظروف الاقتصادية، وانخفاض المستوى التعليمي للوالدين، وكبر حجم الأسرة والظروف السكنية السيئة، وسوء التوافق الأسري والعلاقات الأسرية المفككة، وأسلوب التربية الخاطيء، والقلق على التحصيل وارتفاع مستوى الطموح بما لا يتناسب مع قدرات التلميذ، واللامبالاة وعدم الاهتمام بالتحصيل.

أسباب أخرى: نقص أو انعدام الإرشاد التربوي، وسوء التوافق المدرسي، وبعد المواد الدراسية عن الواقع. وقصور المناهج وطرق التدريس، وسوء المناخ المدرسي العام، وعيوب نظم الامتحانات، وقلة الاهتمام بالدراسة وعدم المواظبة وكثرة الغياب والهروب، وضعف الدافعية ونقص المثابرة وعدم بذل الجهد الكافي في التحصيل، والاعتماد الزائد على الغير مثل الوالدين والدروس الخصوصية، والحرمان الثقافي العام. (بلانك وسولومون Blank & Solomon، ١٩٦٩).

أعراض التخلف الدراسي:

يمكن تلخيص أعراض التخلف الدراسي فيما يلي:

الأعراض الجسمية: الإجهاد والتوتر والحركات العصبية واللازمات الحركية.

الأعراض العقلية المعرفية: نقص الذكاء (أقل من المتوسط) أو الضعف العقلي، وتشتت الانتباه ونقص القدرة على التركيز، و ضعف الذاكرة، وهروب الأفكار، واضطراب الفهم، وضعف التحصيل (بصفة عامة دون المتوسط، وفي مواد خاصة ضعيف) وقلة الاهتمام بالدراسة والغياب المتكرر من المدرسة، والتسرب.

الأعراض الانفعالية: اضطراب العاطفة، والقلق، وعدم الأمن، والخمول والبلادة، والاكتئاب العابر، وعدم الثبات الانفعالي، والشعور بالذنب، والشعور بالنقص، والغيرة، والحقد، والخجل، والاستغراق في أحلام اليقظة، وشرود الذهن، وخواف المدرسة.

الأعراض الاجتماعية: اهمها الفشل والجناح.

تشخيص التخلف الدراسي:

يمكن تلخيص أهم خطوات تشخيص التخلف الدراسى فيما يلى:

* يقوم به الأخصائى النفسى والمدرس والأخصائى الاجتماعى بمعاونة الوالدين للإلمام بالموقف الكلى للتلميذ المتخلف دراسيا.
* دراسة المشكلة وتاريخها والتاريخ التربوى والعلاقات الشخصية والتاريخ النفسى الجسمى للتلميذ.
* دراسة الذكاء والقدرات العقلية المعرفية المختلفة باستخدام الاختبارات المقننة.
* دراسة المستوى التحصيلى والاستعدادات والميول باستخدم الاختبارات المقننة.
* دراسة اتجاهات التلميذ نحو المدرسين ونحو المواد الدراسية.
* دراسة شخصية التلميذ والعوامل المختلفة المؤثرة مثل ضعف الثقة فى النفس والخمول وكراهية المادة الدراسية... إلخ.
* دراسة الصحة العامة للتلميذ وحواسه مثل السمع والبصر والأمراض مثل الأنيميا والأمراض الأخرى.
* دراسة العوامل البيئية مثل تنقل التلميذ من مدرسة لأخرى، وكثرة الغياب والهروب، ونقص شعور التلميذ بقيمة الدراسة، وتنقلات المعلمين، وعدم ملاءمة المواد الدراسية، وقصورطرق التدريس، وسوء المناخ المدرسى، واضطراب علاقة التلميذ بوالديه، وسوء المناخ الأسرى العام.

الوقاية من التخلف الدراسي:

للوقاية من التخلف الدراسى يجب مراعاة مايلى:

* التعرف المبكر على حالات التخلف الدراسى وبطء التعلم.
* تلافى حدوث أسبابه.
* العناية بصفة خاصة بالتوجيه والإرشاد التربوى.
* العناية بالنواحى الصحية والاجتماعية للتلاميذ.

علاج التخلف الدراسي:

يتعاون فى علاج التخلف الدراسى كل من الأخصائى النفسى والمرشد النفسى والمدرس والأخصائى الاجتماعى والطبيب والوالدين، وذلك بهدف المحافظة على مستوى التحصيل وتحسينه والحماية من زيادة التخلف.

العلاج الطبى: العلاج الجسمى العام، وتصحيح أوجه القصور الحسى مثل ضعف البصر والسمع، وعلاج الأمراض التى تؤثر على الصحة العامة للتلميذ.

العلاج النفسى: إقامة علاقة علاجية بين التلميذ والأخصائي في مناخ علاجي سليم، والعلاج النفسي العام، والإرشاد النفسي، وإرشاد الوالدين بخصوص تجنب أسباب التخلف الدراسي لدى التلميذ، ومحو الأعراض، وتحليل وتعديل الأسباب النفسية، وتنمية القدرات والعادات والمهارات، وتنمية بصيرة التلميذ وتشجيع التعديل الذاتي للسلوك.

العلاج التربوى: الإرشاد التربوى والمهني والتعليم العلاجي حيث توجه العناية الفردية اللازمة للتلميذ المتخلف دراسيا مع إعطاء تمرينات علاجية في فصول علاجية خاصة أحيانا، والاهتمام بالقدرات والمهارات الأساسية بما يمكن التلميذ المتخلف من اللحاق بزملائه، وتنمية الدافع للتحصيل الدراسي، وتوجيه النشاط التربوى توجيها علاجيا سليما، وتحسين مستوى التوافق المدرسى.

العلاج الاجتماعى: تحسين مستوى التوافق الأسرى والاجتماعي بصفة عامة، والتعاون بين الأسرة والمدرسة لعلاج الحالة.

الاضطرابات الانفعالية

EMOTIONAL DISORDERS

الانفعال هو حالة شعورية مركبة يصحبها نشاط جسمي وفسيولوجي مميز. **والسلوك الانفعالي** سلوك مركب يعبر إما عن السواء الانفعالي أوعن الاضطراب الانفعالي.

والاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادةأو النقصان. فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة. أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطرابا انفعاليا.

أسباب الا ضطرابات الانفعالية:

فيما يلي أهم أسباب الاضطرابات الانفعالية:

الأسباب الحيوية: القصور الجسمي والإصابات، والعاهات والتشوهات الجسمية، والمرض المزمن مثل الصرع وسوء التوافق مع هذه الحالات.

الأسباب النفسية: الإحباط والفشل، والصراع بين الرغبة الجنسية والإشباع الجنسي، وعدم إشباع الحاجات الجنسية، وميلاد طفل جديد والخوف من تحويل حب الوالدين واهتمامهما إليه وخاصة إذا كان الطفل الأول والوحيد، والرفض والجوع الانفعالي ونقص الأمن النفسي، وعدم حل عقدة أوديب أوعقدة إليكترا في الطفولة في الوقت المناسب، والخبرات الأليمة العنيفة الصادمة في الطفولة، والحكايات المخيفة للأطفال، والتوحد مع الوالدين المضطربين انفعاليا، أو أحدهما، وعدوى الخوف من الكبار، والتسلط والقسوة في المعاملة، والضغوط الموجهة إلى الفرد ووجود الفرد في مواقف جديدة دون الاستعداد لها، والصعوبات التي يواجهها المراهقون في التوافق وحل مشكلاتهم، والقصور العقلي.

الأسباب الاجتماعية: البيئة الأسرية المضطربة (السلوك المنحرف) والشجار والانفصال والطلاق والانفصال عن الوالدين وغياب أحد الوالدين أو كليهما والحرمان الوالدى، والوالدان العصابيان، واضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل، وأسلوب التربية الخاطىء كما فى نقص وخطأ التربية الجنسية وأخطاء التدريب على النظافة وغيرها، والتفرقة فى المعاملة بين الإخوة وتفضيل جنس على الآخر، والسلطة الوالدية الزائدة والتدخل الزائد عن الحد فى شئون الفرد، والاتجاهات السالبة لدى الوالدين، ورفض الطفل، والمغالاة فى الرعاية والتدليل، وإثارة المنافسة غيرالعادلة بين الأطفال، والبيئة المدرسية المضطربة مثل إهمال المدرسين وتهكمهم، وسوء المعاملة والعقاب، واضطراب العلاقة مع الزملاء، والامتحانات القاسية والمخيفة.

أعراض الا ضطرابات الانفعالية:

فيما يلى أهم أعراض الاضطرابات الانفعالية:

الخوف: وهو رد فعل انفعالى لمثير موجود موضوعيا يدركه الفرد على أنه مهدد لكيانه الجسمى أو النفسى. ويشمل الخوف الكثير من أنواع الخواف (المخاوف المرضية) والخوف المرتبط بفقدان الأمن وفقدان الرعاية ومشاعر الذنب. والخوف له درجات متدرجة وهى الذعر والرعب والخوف الخفيف.

القلق: وهو مركب انفعالى من الخوف المستمر دون مثير ظاهر والتوتر والانقباض، ويتضمن الخوف المصاحب للقلق تهديدا متوقعا أو متخيلا (غير موجود موضوعيا أومباشرة)لكيان الفرد الجسمى أو النفسى، ويعوق الأداء العقلى المعرفى وسلوك الفرد بصفة عامة، ويؤثر على الفرد فى أشكال مختلفة منها المرض، وأحلام اليقظة، والأحلام المزعجة والكابوس، والتمرد، والعدوان، والقلق عرض خطير وخاصة فى عصرنا الذى أطلق عليه البعض «عصر القلق».

الغضب: وهو وسيلة للتعامل مع البيئة المهددة. ويتضمن استجابات طارئة وسلوكا مضادا لمثيرات التهديد ويصاحبه تغيرات فسيولوجية لإعداد الفرد لسلوك يناسب الموقف المهدد. والغضب قد يكون علامة قوة وقد يكون علامة ضعف. فهو علامة ضعف عندمالا يتناسب مع الموقف، وعندما لا يوجه نحو مصدر التهديد وعندما يثير متاعب أكثر. ويؤدى الغضب إلى صراع ذى جانبين: أولهما صراع مع الآخرين الذين يعترضون على الغضب أو الذين يتهددهم، وثانيهما صراع مع النفس لأن الغضب يحرم الفرد من العطف والحب والحنان ويفقده السيطرة على نفسه. هذا وقد يوجه الغضب فى شكل عدوان نحو الآخرين. وقد يظهر الغضب فى شكل نوبات، وقد يصب الغضب على كبش فداء (شخص أو موقف آخر) عندما يكون الفرد عاجزا عن توجيه غضبه إلى الشخص أو الموقف الذى أثار الغضب. وقد ينسحب الفرد من الموقف، أو قد ينكص إلى سلوك طفلى أقل نضجا فى مستواه، وقد يكبت غضبه ويكظم غيظه وتظهر أعراض سلوكية تدل على ذلك مثل العناد والتخريب ونوبات الغضب الطفلية.

الغيرة: وهي مركب من انفعالات الغضب والكراهية والحزن والخوف والقلق والعدوان. وتحدث عندما يشعر الطفل بالتهديد وعندما يفقد الحب والعطف والحنان.

الاكتئاب: حيث يشعر المريض بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد ونوبات البكاء وانكسار النفس دون سبب مناسب أو لسبب تافه، وقد يصل الحال إلى محاولة الانتحار.

التوتر: والشعور الذاتي بعدم الراحة والاضطراب والتململ وعدم الرضا والارتجاف وسرعة الحركة والصداع.

الفزع: أي التوتر الطويل والخوف الفجائي الحاد والشعور بالخطر وعدم الأمن.

أعراض جسمية: مثل فقدان الشهية، والاضطرابات المعوية، واضطرابات وظيفة المثانة، واضطرابات الحواس، واضطراب الوظائف الحركية، والتعب وعدم الاستقرار، واللازمات الحركية، ومص الأصابع وقضم الأظافر.

أعراض أخرى: مثل التبلد واللامبالاة، والتناقض الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، وانحراف الانفعال، والزهو أو المرح، والخجل، وأحلام اليقظة، والاستغراق في الخيال، ومشاعر الذنب الشاذة،والاستثارية، والجناح والسلوك المضاد للمجتمع، والاضطراب النفسي الجنسي مثل العنة والبرود الجنسي واضطراب الحيض والسلوك الجنسي الشاذ وسوء التوافق الزواجي،والتخلف الدراسي، وسوء التوافق المهني، والإدمان. وقد يصاحب الاضطرابات الانفعالية ضعف وفقدان الثقة في النفس، واضطراب الكلام والسلوك الدفاعي وسهولة الاستثارة الانفعالية والحساسية النفسية بصفة عامة.

علاج الاضطرابات الانفعالية:

فيما يلي أهم ملامح علاج الاضطرابات الانفعالية:

التعاون: بين الأخصائي النفسي والمدرس والوالدين في علاج الأعراض (حسب كل حالة) بحيث يتمكن العميل من حل بعض مشكلاته بنفسه تحت إشرافهم وبتوجيههم، وتقديم المساعدة والمشورة المناسبة في الوقت المناسب والأخذ بيد الفرد نحو النضج الانفعالي.

العلاج النفسي: الفردي والجماعي والتحليل النفسي، والبحث عن الأسباب الحقيقية للاضطراب الانفعالي وإزالتها حسب الحالة، والتشجيع وإبراز نواحي القوة والإيجابية لدى الفرد وتنمية الثقة في النفس والاعتماد على النفس وتشجيع النجاح والشعور بالنجاح وتحمل المسئولية، والمساعدة في حل المشكلات الانفعالية وخاصة ما يدور منها حول الشعور بالذنب والقلق وذلك عن طريق المشاركة الوجدانية غير الناقدة وتأكيد الذات، وإزالة الضغوط الانفعالية وتسهيل عملية التفريغ الانفعالي. (ستاتون Staton، ١٩٦٣). ويفيد العلاج السلوكي بربط مثيرات الانفعال بأمور سارة محببة وانقاص عوامل تعزيز الخوف والغضب والغيرة حتى تنطفيء، وتشجيع الفرد على السلوك في إطار الخبرات والمواقف المثيرة انفعاليا تدريجيا مع إثابته وطمأنته بحيث تتغلب المثيرات السارة على

المثيرات غير السارة فينقلب انفعال مثل الخوف إلى ألفة... وهكذا، وتعلم ضبط الانفعالات وتكوين عاطفة طيبة نحو مصادر الانفعال. كذلك يفيد العلاج باللعب وخاصة فى حالة الأطفال، والعلاج بالعمل الجذاب فى حالة الكبار.

الإرشاد النفسي: للوالدين وخاصة إذا كانا عصابيين قلقين وحثهما على ضرب المثل والقدوة فى السلوك الانفعالى، وتعريفهما بالأسلوب السليم فى تربية الأولاد.

علاج البيئة: تصحيح الأخطاء فى البيئة وخاصة عند الوالدين، وعلاج المناخ الأسرى الذى يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية (وقد يلزم تغيير من يرعى الطفل)، والمعاملة السليمة (لتحقيق الأمن) والمساعدة فى تحقيق فهم واضح للدوافع والمشاعر التى تؤدى إلى سوء التوافق، وعدم تعريض الفرد للمواقف والخبرات المثيرة انفعاليا.

العلاج الطبى: استخدام المهدئات الخفيفة إذا لزم الأمر.

اضطرابات العادات
HABIT DISORDERS

نلاحظ بعض العادات السلوكية المتكررة عند البعض، وهذه العادات قد تكون عادية فى سن وظروف معينة، وقد تصل إلى درجة الاضطراب فى سن وظروف أخرى. مثال ذلك مص الأصابع عند الأطفال، فقد تكون هذه عادة عادية فى مرحلة الرضاعة، أما إذا استمرت بعد ذلك فإنها تصل إلى درجة الاضطراب المقلق.

وهكذا نشاهد بعض اضطرابات العادات السلوكية عند البعض بدرجة مرضية قد تكون عرضا لأمراض نفسية أوقد تكون هى مشكلات سلوكية قائمة بذاتها.

أسباب اضطرابات العادات:

تتلخص أهم أسباب اضطرابات العادات فيما يلى:

الأسباب الحيوية: مثل العاهات والعمى والصمم...إلخ.

الأسباب النفسية: مثل الصراع والإحباط والحرمان، والضغط الانفعالى، والقلق، والعصبية العامة، والتوتر لدى الفرد، والشعور بالشقاء، وكثرة المشكلات غير المحلولة فى حياته، وعدم إشباع الحاجات الأساسية.

الأسباب البيئية: مثل المعاملة الأسرية الخاطئة (التفرقة فى المعاملة... إلخ) والتوتر الأسرى، والعصبية العامة فى الأسرة.

أعراض اضطرابات العادات:

من أهم أعراض اضطرابات العادات ما يلى:

مص الإبهام،وقضم الأظافر، وقرض الأقلام، واللازمات العصبية (وهى حركات نمطية متكررة

لا هدف لها، مثل هز الرجلين وحركات الرأس والكتفين واليدين ورمش العينين وحركات الفم وجرش الأسنان... إلخ)، واللعب بأعضاء الجسم، وعدم الاستقرار. وقد تشاهد لدى الفرد واحدة أو أكثر من هذه العادات. ويلاحظ أن هذه العادات تصبح أشد تحت الضغط والتوتر الانفعالي.

علاج اضطرابات العادات:

تتلخص أهم توصيات علاج اضطرابات العادات فيما يلي:

العلاج النفسي: الفردي أو الجماعي للطفل، وعلاج أسباب شقائه، وإزالة عوامل القلق والضغط والتوتر الانفعالي، وحل صراعاته وتشجيعه على الإقلاع التدريجي عن العادات السلوكية المضطربة. وكذلك يجب تشجيع الطفل على الإقلاع، مثلا بمقارنة إصبعه الذي يمصه أو يقضمه بأصابعه الأخرى وتشجيعه على الافتخار بأصابعه النظيفة... وهكذا. ويحسن شغل يدى الطفل وأصابعه بالمفيد والمنتج من النشاط (مثل العمل اليدوى الذى يشتمل الحل والتركيب وأعمال المنزل والموسيقى... إلخ). كذلك يجب إشباع حاجات الفرد، والاهتمام بالترفيه والنشاط الرياضى والنشاط الاجتماعى وتنظيم النزهة وتشجيع الهوايات وتنظيم العمل والراحة والاسترخاء. ويحسن استخدام العلاج السلوكى فى محو العادات غير المرغوب فيها وتعلم عادات مرغوب فيها (مثل الإشراط التجنبى وتدريب الإغفال والممارسة السالبة).

توجيه وإرشاد الوالدين: بخصوص المعاملة السليمة للطفل وتحسين علاقتهما بالطفل وعلاج قلق الوالدين، ونصحهما بعدم استخدام العقاب مع الأولاد ذوى العادات المضطربة وتعريفهما أن هذه العادات لا إرادية.

العلاج البيئى: وتعديل مجال حياة الفرد بما يحقق هدوءه ونشاطه وسعادته، وتعديل اتجاهات الوالدين وتوفير العطف والحزم والعدالة وحسن التوجيه، وعلاج ما قد يكون لدى الطفل من كسب من وراء الأعراض مثل لفت الأنظار إليه... إلخ.

العلاج الطبى: استخدام المهدئات أحيانا إذ لزم الأمر.

اضطرابات الغذاء

DISORDERS OF EATING

يعزو كثير من علماء الصحة النفسية الكثير من مشكلات الأطفال إلى اضطراب تدريب الطفل على العادات الواجب اتباعها فى الغذاء. وقد أوضحت نتائج البحوث الخاصة بعملية التنشئة الاجتماعية أن نظام التغذية الذى تتبعه الأم مع الطفل فى مرحلة الرضاعة يؤثر فى حركة ونشاط الطفل. وعدم إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص فى فترة الرضاعة يؤدى إلى مص الأصابع. والفطام المفاجىء يحدث اضطرابا أكبر للطفل من الفطام المتدرج. والفطام المتأخر يضر بشخصية الطفل. والتزمت فى مواعيد الرضاعة والقسوة فى الفطام يؤدى إلى كثرة الاعتماد على الغير فى الحضانة ورياض الأطفال (حامد زهران، ١٩٩٠).

أسباب اضطرابات الغذاء:

من أهم أسباب اضطرابات الغذاء مايلي:

الأسباب الحيوية: مثل الاضطرابات البنية والتكوين ولجوء البعض إلى (الريجيم) لإنقاص الوزن في حالة البدانة، والأمراض الجسمية مثل أمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي.

الأسباب النفسية: مثل الاضطراب الانفعالي العام، والحرمان الانفعالي الشديد وعدم الأمن، وقلة وقت الفراغ، وقلة الرياضة، والعمل المستمر القليل التنوع، والرغبة في الموت (كما يحدث في مرض الاكتئاب)، والخوف من التسمم (كما في مرض الهذاء)، والخوف من التلوث (كما في مرض الوسواس والقهر).

الأسباب البيئية: رفض الأم إرضاع الطفل من الثدي، والفطام الخاطىء (المفاجيء والمتأخر)، واضطراب العلاقة بين الأم والرضيع، وقلق الأم بخصوص غذاء الطفل، والاتجاهات الخاطئة لدى الأم بخصوص الغذاء الكامل، والإرغام على أكل أنواع معينة مع الإغراء والتهديد والوعد والوعيد،ومقاومة الطفل لأمه وعقابها بجعلها قلة بخصوص مشكلة التغذية لديه، وإعداد الطعام بطريقة خاطئة، وتقديم الطعام غير المألوف، وعادات الغذاء الخاطئة (كأكل الحلويات دائما بين الوجبات بإفراط)، واضطرابات مواقف التغذية مثل الشجار بين الكبار وبين الصغار عند الأكل مما يشرط الأكل بخبرات مؤلمة مثل التأنيب والمحاضرات الأخلاقية أثناء الأكل، والإلحاح والتحايل والعنف، وغش الأكل والشرب بوضع الدواء فيه مثلا، والتقليد حيث يقلد الطفل أمه التي تقلل من الأكل محاولة إنقاص وزنها أو يقلد أباه الذي لا يتناول طعام الإفطار مثلا.

أعراض اضطرابات الغذاء:

من أهم أعراض اضطرابات الغذاء: قلة الأكل، والإفراط في الأكل (النهم أو الشره)، والوحم أي اشتهاء الأطعمة الغريبة) وأكل الأشياء الشاذة التي لا تؤكل عادة، والبطء الشديد في تناول الطعام، والإمساك عن الأكل أو رفض الطعام، وتقاليع الأكل والتأفف، والشعور بالغثيان والتقيؤ، والجشاء (أي الصوت الذي يخرج من الفم عند الشبع وامتلاء المعدة).

علاج اضطرابات الغذاء:

تتلخص أهم ملامح علاج اضطرابات الغذاء فيما يلي:

العلاج النفسي: الذي يركز على اكتشاف الأسباب وعلاجها، وعلاج الاضطرابات الانفعالية، وتخفيف الضغط الانفعالي، وتحقيق الأمن والهدوء النفسي.

إرشاد الوالدين : (خاصة الأم بخصوص مواقف التغذية ـ العطف مع الحزم ـ المرونة ـ الأمن ـ العادات السليمة)، وأهمية السعادة الأسرية والمناخ الأسري الهادىء السعيد أثناء الوجبات، وعدم اللجوء إلى العقاب أو الإجبار على الأكل أو التعليق على طريقة الأكل، وجعل الطعام متوازنا وشهيا وجذابا وتقديمه في كميات قليلة وبطرق مختلفة جذابة لاستثارة الشهية والاهتمام، وتنظيم

مواعيد الطعام وعدم الأكل بين الوجبات، وإذا جاع الطفل يعطى كوبا من اللبن أو فاكهة، وتشجيع الأكل الجماعي، وترك الطفل يختار ما يحبه من الطعام مع تنويع الغذاء الكامل الصحي، وإذا ظهر عدم الميل لأى نوع من الغذاء يجب تجنب تقديمه لفترة من الوقت، وتنظيم النزهة.

العلاج الطبي: علاج ما قد يكون موجودا من اضطراب في وظائف الغدد أو علاج أمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي (مثل الإصابة بالديدان والإمساك وعسر الهضم)، والتأكد من تكامل الغذاء الصحي، وقد يحتاج الأمر إلى التغذية الصناعية بإدخال أنبوب إلى المعدة ثم يصب فيها غذاء سائل لتغذية المريض.

اضطرابات الإخراج

من الأمور العادية في الإخراج في مرحلة الرضاعة التبول وعدم القدرة على التحكم في التبرز، لأن العضلات التي تتحكم في ذلك لا يكون قد تم نموها ونضجها بعد. ومع النمو والتدريب السليم يتحكم الطفل في الإخراج. وقد يطرأ أن يبلل طفل كبير فراشه لأزمة نفسية عابرة أومرض طارىء أو حتى نتيجة للإكثار من المشروبات وهذا أمر عابر لا يستلفت الانتباه. ولكن قد يحدث أن يستمر اضطراب الإخراج بعد مرحلة الرضاعة وحتى بعد مرحلة الحضانة، أو قد ينكص الطفل ويرتد إلى البوال مثلا بعد أن يكون قد كف عنه، وهنا يكون اضطرا با حقيقيا.

أسباب ا ضطرابات الإخراج:

فيما يلي أهم أسباب اضطرابات الإخراج:

الأسباب الحيوية: وتشمل العديد من العيوب التشريحية مثل وجود خلل عضوى في الجهاز البولي مثل صغر سعة المثانة والتهاب المثانة ومجرى البول أو الجهاز الهضمي، واضطراب الجهاز العصبي وحساسيته، والضعف الجسمي العام. وقد تحدث اضطرابات الإخراج نتيجة وجود اضطرابات أخرى مثل الصرع وغيره من الأمراض مثل الحساسية، والسكر، ووجود الديدان العضوية، وارتفاع درجة حموضة البول، وعدم السواء في النمو، وقلق الوالدين بهذا الخصوص، والتدريب الخاطىء القاسي الإجباري والمبكر على الإخراج. وقد يكون السبب هو إهمال التدريب على الإخراج بالمرة.

الأسباب النفسية: وتشمل الخوف أو الغيرة والعدوان المكبوت والنكوص بسبب الضغط الانفعالي الحاد كالانفصال عن الأم أو ميلاد طفل جديد أو دخول المدرسة لأول مرة أو الامتحانات، وكعرض عصابي نتيجة للقلق الشديد والصراع المستمر وإبدال اللذة الجنسية، وكعرض مصاحب للضعف العقلي، وكحيلة لجذب انتباه ورعاية الوالدين، وكتمرد على الأم القاسية أو كرد على سوء العلاقة بين الأم والطفل،وتأثير الانفعال المزمن على الجهاز العصبي الذاتي وتأثيره بالتالي على أعضاء الجهاز الهضمي فينتج عن ذلك اضطرابات مثل قرحة المعدة والإسهال والإمساك العصبي... إلخ.

الأسباب البيئية: مثل اضطراب البيئة الأسرية وتشبعها بالاضطراب الانفعالي، وعوامل بيئية أخرى مثل الظلام والخوف منه. وقد أوضحت نتائج البحوث الخاصة بعملية التنشئة الاجتماعية للأطفال أن أسلوب ضبط عملية الإخراج في الطفولة يرتبط بالبخل والحرص والترتيب والنظام في الكبر. وقسوة الوالدين في التدريب على الإخراج تؤدي إلى ميل الأطفال الذكور إلى العدوان. (انظر حامد زهران، ١٩٩٠).

أعراض اضطرابات الإخراج:

فيما يلي أشيع أعراض اضطرابات الإخراج:

* البوال enuresis أي التبول اللاإرادي وعدم ضبط النفس أثناء النوم، وسلس البول أي التبول اللاإرادي أثناء اليقظة وخاصة بعد سن الثالثة.
* عدم القدرة على التحكم في التبرز encopresis (أقل شيوعاً من البوال) ويتضمن التبرز في أوقات غير مناسبة وفي أماكن غير مناسبة وخاصة بعد سن الثالثة.
* الإمساك أو الإسهال العصبي.
* الشعور بالنقص والدونية وفقدان الشعور بالأمن، والخجل والميل إلى الانطواء واضطراب الكلام، والسلوك التعويضي كالعناد والتخريب وكثرة النقد وثورات الغضب واضطرابات النوم، وتدهور الحالة العصبية بصفة عامة.

علاج اضطرابات الإخراج:

فيما يلي أهم ملامح علاج اضطرابات الإخراج:

العلاج النفسي: الفردي أو الجماعي: ويهدف إلى تخفيف الضغط الانفعالي والقلق، ويتضمن الحديث العلاجي والتبصير والإقناع وإظهار المزايا والأضرار وإثارة الاهتمام والحث على النجاح والسلوك الناضج وإلقاء مسئولية العلاج على الفرد وبث روح الثقة في النجاح والإيحاء (أحياناً باستخدام الدواء) وعلاج عدم السواء في النمو، ويستخدم العلاج السلوكي بأسلوب الكف المتبادل واستخدام الأجهزة مثل جهاز علاج البوال [1].

إرشاد الوالدين: حول عدم التركيز الزائد على المشكلة ومعاملة الطفل بهدوء وحكمة وعدم اللجوء إلى العقاب الجسمي الذي يزيد الطين بلة، واستثارة تعاون الطفل والوالدين بخصوص المواظبة والدقة في تنفيذ النظام الذي يضعه المعالج لمدة كافية وإشباع حاجات الطفل من أمن وتقدير وعطف... إلخ. ويلاحظ أن الوالدين أو أحدهما قد يكون هو نفسه في حاجة إلى علاج نفسي، وعادة ما تتحسن حالة الطفل عند شفاء والديه.

العلاج البيئي: علاج ما قد يكون لدى الوالدين من خلافات أو مشكلات، وعلاج أسباب

(١) موجود بالعيادة النفسية التابعة لكلية التربية جامعة عين شمس.

الغيرة والفشل الدراسي. كذلك يفيد العون الخارجي مثل مساعدة الكبار في منع الطفل من أكل الأنواع التي تتطلب شرب كميات كبيرة من الماء ومنع السوائل في المساء وحث الطفل على التبول قبل النوم مباشرة وإيقاظه في ساعة معينة من الليل للتبول وهو مستيقظ تماما، وتنظيم مواعيد التبول والتبرز وتعويد الطفل ضبط نفسه نهارا وتلبية الحاجة للتبول والتبرز في الوقت المناسب ومساعدة الطفل على التغلب على كل ما يجعل عملية التبول أو التبرز صعبة مثل بعد المكان أو إظلامه أو إظلام الطريق إليه... إلخ.

العلاج الطبي: ويتضمن علاج الأمراض العضوية مثل السكر والحساسية بعد تحليل البول والبراز والدم، واستخدام العقاقير الطبية حسب الحالة، والعلاج العصبي، وعلاج العيوب التشريحية.

اضطرابات النوم

DISORDERS OF SLEEP

النوم آية من آيات الله عز وجل، له قيمة حيوية في حياتنا، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية. ويركز معظم الكتاب على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون كثيرا اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريبا. وقد يحدث في حياة الفرد ما يؤدي إلى اضطرابات النوم.

أسباب اضطرابات النوم:

تتلخص أهم أسباب اضطرابات النوم فيما يلي:

الأسباب الحيوية: مثل الأمراض، والإجهاد الجسمي، الإجهاد العصبي، وعدم ملاءمة غرفة النوم، والتسنين، والتعود على تناول أقراص منومة أو منبهة للسهر... إلخ.

الأسباب النفسية: مثل الاضطراب الانفعالي والتوتر و عدم الاستقرار والقصص المخيفة (وخاصة عن العفاريت) والتخويف وكثرة الهموم، والاكتئاب وعدم الشعور بالأمن، والخوف كما في حالات الخوف من الظلام، ومشكلات الحياة والهروب منها إلى النوم، وعدم إشباع الحاجات، وانشغال الوالدين عن الأطفال نهارا أكثر من اللازم كما في حالة المرأة العاملة.

الأسباب البيئية: مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم ومتطلباته وإجبار الطفل لينام في وقت محدد حسب ظروف حياتهم، والنوم مدة أقل أو أكثر من اللازم، واستعمال النوم أو التنويم كتهديد أو عقاب، وأساليب المعاملة السيئة، والاعتماد على المربيات والخدم الذين يدفعون الطفل إلى النوم بشتى الوسائل التي قد تكون ضارة لينام، والعوامل الاجتماعية مثل ضيق المسكن ونوم الأطفال مع الوالدين في نفس الحجرة والاطلاع على ما لايجب الاطلاع عليه... إلخ.

أعراض اضطرابات النوم:

يجب التفريق بين اضطرابات النوم العادية وبين اضطرابات النوم المرضية التي تمثل مشكلات في حد ذاتها، وكذلك بين اضطرابات النمو التي تعتبر أعراضا مصاحبة للأمراض النفسية أو الجسمية.

ومن أشيع اضطرابات النوم: الأرق [(١)]، والكلام أثناء النوم، وقرض الأسنان أثناء النوم، وكثرة النوم، والتقلب الزائد أثناء النوم، والأحلام المزعجة، والكابوس، والفزع أثناء النوم والمخاوف الليلية، والمشي أثناء النوم، وشلل النوم، والبكاء قبل وأثناء وبعد النوم، ومص الإبهام أثناء النوم، والإصرار على النوم مع البكاء، واضطراب إيقاع النوم واليقظة.

علاج اضطرابات النوم:

فيما يلي أهم توصيات علاج اضطرابات النوم:

العلاج النفسي: الفردي والجماعي وإزالة الأسباب الانفعالية والتقليل من الارتباطات الشرطية مع النوم والتي لا ينام الطفل إلا بها، وإسعاد الطفل طول اليوم وإبعاد التوتر والقلق والخوف.

العلاج البيئي: وخاصة علاج الظروف والضغوط البيئية المسببة للحالة في الأسرة والمدرسة، وعدم نوم الطفل مع الوالدين في نفس الحجرة خشية أن يكون قلقا بسبب العلاقة بين الوالدين، ومع وجود الأم بجوار الطفل عندما يأوي إلى الفراش، وعدم إجبار الطفل على النوم.

العلاج الطبي: ويتناول علاج الأسباب الصحية واستخدام العقاقير المهدئة أحيانا، وعدم تناول المنبهات قبل موعد النوم بوقت مناسب، وتنظيم النوم ومدته ومكانه وموعده ومراعاة الشروط الصحية المناسبة في حجرة النوم مثل التهوية والتدفئة، واستخدام العقاقير المنومة في حالات الأرق أو في حالة كسر عادة البكاء طويلا، وهذه تستخدم للمنع والوقاية أكثر منها كعلاج.

---

(١) يقول أبو نواس:

أرقت وطار من عيني النعاس ... ونام السامرون ولم يواسوا

ويقول:

تناومت جهدي فلم أرقد ... ونام الخلي ولم يسهد

ويقول الأعشى:

نام الخلي وبت الليل مرتفقا ... أرعى النجوم عميدا مثبتا أرقا

اضطرابات الكلام

SPEECH DISORDERS

الكلام أهم وسائل الاتصال النفسى، ويعبر الفرد العادى به عن شخصيته فى انطلاق ووضوح وتحديد وثبات. أما الفرد المضطرب فيكون تعبيره الكلامى عادة معبرا عن اضطراب شخصيته.

وتظهر اضطرابات الكلام لدى بعض الأطفال أثناء نموهم، وهذا أمر عادى، وهذه تختفى عادة مع النمو. أما إذا استمرت وظهرت فى شكل مرضى فهنا يجب التدخل العلاجى. (١)

أسباب اضطرابات الكلام:

تتعدد أسباب اضطرابات الكلام وأهمها ما يلى:

الأسباب الحيوية: مثل خلل الجهاز العصبى المركزى واضطراب الأعصاب المتحكمة فى الكلام، وإصابة المراكز الكلامية فى المخ بتلف أو تورم أو التهاب أو نزيف، وعيوب الجهاز الكلامى (الحنك واللسان والأسنان والشفتان والفكان) بتلف أو تشوه أو سوء تركيب، وعيوب الجهاز السمعى، والتكوين الجسمى الضعيف، وإجبار الطفل الأيسر على الكتابة باليد اليمنى، وتأخر النمو بصفة عامة، والضعف العقلى.

الأسباب النفسية: مثل الصراع، والقلق، والخوف المكبوت، والصدمات الانفعالية، والانطواء، والعصابية، وضعف الثقة فى النفس، والعدوان المكبوت، والحرمان الانفعالى والافتقار إلى العطف والحنان، والضغط والتوتر الانفعالى، والإحراج.

الأسباب البيئية: مثل تعدد اللهجات أواللغات فى وقت واحد خاصة فى الطفولة المبكرة. والكسل والاعتماد الزائد على الآخرين، وسوء التوافق الأسرى والتعاسة والشقاء العائلى وتصدع الأسرة، وقلق الوالدين بخصوص الكلام، والرعاية الزائدة والتدليل والتسلط، والاستجابة لحاجات الطفل دون حاجة إلى كلامه، والتقليد، والمستوى الفقير فى الكلام فى المنزل وتقليد الكلام المضطرب والتدريب غير المناسب أو غير الكافى، وإيحاء الوالدين والإخوة والأصدقاء والزملاء أن الشخص لديه اضطراب كلامى، وسوء التوافق المدرسى والاجتماعى.

أعراض اضطرابات الكلام:

فيما يلى أهم أعراض اضطرابات الكلام:

* تأخر الكلام وضآلة عدد المفردات، والحبسة بأنواعها التعبيرية والنسيانية... إلخ، وفقدان القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو نقص القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها أو إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات أو مراعاة القواعد النحوية، والكلام الطفلى، والكلام

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى اضطرابات الكلام:

- Journal of Speech and Hearing Disorders.

التشنجى، والإبدال مثل الشأشأة، والعيوب الصوتية، وعيوب طلاقة اللسان والتعبير مثل اللجلجة والتهتهة، وعيوب النطق والكلام مثل الخمخمة (الخنف) بسبب فجوة ولادية فى سقف الحلق، والسرعة الزائدة فى الكلام (وما يصاحبها من إضغام وخلط وحذف)، وعسر الكلام، وفقدان الصوت الهستيرى وخواف الكلام.

* أعراض حركية مثل تحريك الكتفين أو اليدين أو الضغط بالقدمين على الأرض وارتعاش رموش العينين والجفون وإخراج اللسان والميل بالرأس إلى الأمام أو إلى الخلف أو إلى الجنب.

* أعراض نفسية مثل القلق ونقص الثقة فى النفس والخجل والانطواء والعصابية وسوء التوافق فى الدراسة والعمل.

علاج اضطرابات الكلام:

يحتاج علاج اضطرابات الكلام إلى صبر ومثابرة وبث روح الأمل لدى المريض فى الشفاء. وفيما يلى أهم ملامح علاج أمراض الكلام:

العلاج النفسى: لتقليل اتجاه الخجل والارتباك والانسحاب التى تؤثر على الشخصية وقد تزيد من الأخطاء والاضطرابات، وعلاج الطفل القلق المحروم انفعاليا وإفهام الفرد أهمية العملية الكلامية فى نموه وتقدمه فى المجتمع وتشجيعه على بذل الجهد فى العلاج وتقوية روحه المعنوية وثقته بنفسه، وإماطة اللثام عن الصراعات الانفعالية وحلها وإعادة الاتزان الانفعالى وحل مشكلات الفرد وعلاج فقدان الصوت الهستيرى بالإيحاء والأدوية النفسية Placebo. ويجب الاهتمام بالعلاج الجماعى والاجتماعى، والعلاج باللعب وتشجيع النشاط الجسمى و العقلى. كذلك يجب علاج حالات الضعف العقلى.

إرشاد الوالدين: القلقين بخصوص تلافى أسباب اضطرابات الكلام وخاصة عدم إجبار الطفل الأيسر على الكتابة باليد اليمنى وتجنب الإحباط والعقاب، وتحقيق أمن الطفل بكافة الوسائل حتى يكتسب الطلاقة فى الكلام، والابتعاد عن التصحيح الدائم لكلام الطفل حتى بقصد العلاج.

العلاج الطبى: لتصحيح النواحى التكوينية والجسمية فى الجهاز العصبى وجهاز الكلام والجهاز السمعى وأحيانا العلاج الجراحى (مثلا فى الخمخمة ترقيع أو سد فجوة سقف الحلق)، وعلاج الأمراض المصاحبة لاضطراب الكلام.

العلاج الكلامى: عن طريق الاسترخاء الكلامى والتمرينات الإيقاعية فى الكلام، والتعليم الكلامى من جديد والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الصعبة، وتدريب اللسان والشفاه والحلق (مع الاستعانة بمرآة)، وتمرينات البلع والمضغ (لتقوية عضلات الجهاز الكلامى)، وتمرينات التنفس، واستخدام طرق تنظيم سرعة الكلام (التروى و التأمل) والنطق المضغى وتمرينات الحروف الساكنة والحروف المتحركة... إلخ، والطريقة الموسيقة والغنائية فى تعليم كليات الكلام و الألحان. (للتفصيل انظر مصطفى فهمى: أمراض الكلام).

مشكـــلات المعاقـــين

PROBLEMS OF THE HANDICAPPED

ينظر الكثيرون إلى المعاقين (مثل العميان أو الصم أو المقعدين) على أنهم أشخاص غير عاديين، وهذه نظرة خاطئة، إذ إنه يجب النظر إلى هؤلاء على أنهم أشخاص عاديون لديهم بعض الإعاقات فالأعمى شخص عادي لا يرى، والأصم شخص عادي لا يسمع... وهكذا. أما مشكلات المعاقين التى لاترتبط بإعاقاتهم فشأنها فى ذلك شأن أى مشكلات لدى أى شخص آخر. أما المشكلات التى ترتبط بإعاقتهم فتنشأ معظمها نتيجة لتكوين مفهوم ذات سالب لديهم. (١)

وهكذا يحال الكثيرون من المعاقين إلى العيادات النفسية لعلاج اضطرابات سلوكية ولحل مشكلات نفسية على أنهم فئات خاصة وذوى حاجات خاصة.

أسباب مشكلات المعاقين:

تنقسم حسب كل إعاقة على حدة (٢) إلى أسباب ولادية (يولد بها الفرد) وأسباب أخرى مكتسبة (راجع الفصل الثانى).

وتسبب اتجاهات الناس الخاطئة نحو المعاقين وإعاقاتهم مشكلات أخطر من الإعاقة نفسها.

الأعراض:

تشمل الأعراض مايلى:

* العمى وضعف البصر، والصمم وضعف السمع، والكساح وشلل الأطفال والبتر، وغير ذلك من العاهات والتشوهات وخاصة تشوهات الوجه، والعيوب الخاصة بالنمو. (انظر مختار حمزة، ١٩٧٥، فتحى عبد الرحيم، ١٩٨٣، فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى، ١٩٨٢).

* قد يصاحب الإعاقة تمركز مفرط حول الذات وشعور بالنقص وسوء التوافق الشخصى أو

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى مشكلات المعاقين ما يلى:

_ Exceptional Child.
_ Exceptional Children.
_ Exceptional Parent.
_ Focus on Exceptional Children.
_ Japanese Journal of Special Education.
_ Journal of Special Education.

(٢) نذكر هنا مثلا أن أسباب العمى كثيرة منها الأمراض المعدية مثل الرمد الحبيبى ورمد المواليد والجدرى والزهرى وغيرها من الأمراض المعدية العامة والحصبة والدفتيريا والحمى القرمزية والتيفود والالتهاب السحائى والدرن، والجذام، والحوادث وجروح العيون، والتسمم والأورام، والأمراض العامة مثل تصلب الشرايين وأمراض الجهاز العصبى المركزى والسكر والأنيميا، وأسباب أخرى مثل الماء الأزرق، والاضطرابات الوراثية. (حامد زهران Zahran، ١٩٦٤).

الانفعالي أو الاجتماعي أو الدراسي أو المهني والخضوع أو العدوان، واضطراب وتشوه مفهوم الجسم أومفهوم الذات بصفة عامة.

* مشكلات اجتماعية مثل الاتجاهات السالبة والتعميمات الخاطئة (١) والاعتماد على الآخرين في حالة الإعاقة الشديدة، والمشكلات الأسرية مثل رفض المعاق، والمشكلات المهنية مثل نقص فرص العمل وصعوبة إيجاده والبطالة والاشتغال بأعمال تافهة أو التسول، والمشكلات الانفعالية مثل الخوف ومشاعر العجز والأسى والغيرة واللازمات الانفعالية والحركية، ومشكلات الزواج مثل الإقلاع الإجباري عنه بسبب الإعاقة والزواج من شريك معاق أو غير معاق مع الخوف من تأثير عامل الوراثة، ومشكلات تربية الأولاد ومشكلات الأعمال المنزلية... إلخ.

* يرتبط بالإعاقة الحرمان من بعض المثيرات البيئية ونقص الاتصال بالعالم الخارجي وتقييد الحركة.

علاج مشكلات المعاقين:

فيما يلي أهم التوصيات لعلاج مشكلات المعاقين:

العلاج النفسي: ويتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي وتنمية المواهب مثل الموسيقي واستخدام الموسيقى في العلاج (بول نوردوف وكلايف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥). ويجب تصحيح مفهوم الذات وفكرة المعاق عن نفسه واتجاهاته نحو إعاقته والتوافق معها حتى لا تزداد حالته سوءا وتجعل العائق مضاعفا و يزيد الطين بله، والعلاج بالعمل لتنفيس الانفعال وتعلم مهنة، وتشجيع المعاق على الاستقلال والاكتفاء الذاتي حتى لا يشعر باعتماده الكامل على الآخرين والقلق والتهديد عندما يتركونه، مع تجنب المواقف المحبطة بقدر الإمكان ولكن بدون الحماية الزائدة، وإشعار المعاق بأهميته في الأسرة والمدرسة والجماعة حتى يرى أنه ليس عبئا ثقيلا وحتى ينمو لديه اتجاه سليم نحو نفسه ونحو الآخرين، وتوفير المناخ الانفعالي المتقبل للمعاق.

ويجب أن نلاحظ أن «تقبل المعاق + الإحالة للمختصين + العلاج المناسب = النجاح» . (انظر شكل ١٣٥).

الإرشاد النفسي: خاصة الإرشاد العلاجي والتربوي والمهني والزواجي للمعاقين وإتاحة فرصة التعليم إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم حتى يمكن الوقاية من مضاعفات نفسية للعجز القائم والتغلب على مشكلة بطالة المعاقين. (انظر شكل ١٣٦). كذلك يجب الاهتمام بإرشاد الوالدين حول طريقة معاملة المعاق بحيث ينمو صحيحا نفسيا.

---

(١) من أمثلة التعميمات الخاطئة: «كل ذي عاهة جبار» و «إذا رأيت أعمى فاكسر عصاه، فلست أكرم ممن عماه».

شكل (١٣٥) فى إحدى مدارس العميان [درس ميدانى]



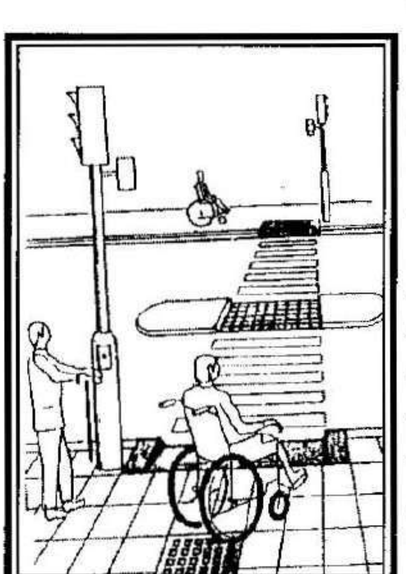


شكل (١٣٦) التأهيل المهنى للمعاقين

التربية الخاصة: وتتضمن تقديم الخدمات التربوية غير المعتادة التى تستخدم فى إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التى يتم إدخالها على المنهج العادى ليلائم طبيعة كل فئة من الفئات الخاصة من المعاقين، ولمواجهة الاحتياجات التربوية الناجمة عن الإعاقة بطريقة مناسبة. ويلزم الاهتمام بالوسائل الخاصة التى تمكن الفئات الخاصة من الاستفادة من المنهج مثل الأجهزة والأدوات والمصادر التعليمية، وأساليب التدريس والتعديلات فى البيئة والمرافق، والتأكد من أن المعلمين والأخصائيين مؤهلين للعمل مع ذوى الحاجات الخاصة. (انظر يوسف القريوتى وآخرون، ١٩٩٥).

العلاج البيئى: ويتضمن تقديم الخدمات الاجتماعية وتصحيح اتجاهات الناس والزملاء نحو ذوى الحاجات الخاصة والمعاقين الذين لا يخرجون عن كونهم أفرادا عاديين فقدوا حاسة أو طاقة ولديهم فى نفس الوقت نواحى قوة يمكن استغلالها فى نموهم كمواطنين صالحين فى المجتمع. (حامد زهران Zahran، ١٩٦٤، ١٩٦٥).

ويجب الاهتمام برفع مستوى المعلمين ومختلف العاملين فى مجال المعاقين ذوى الاحتياجات الخاصة والتوعية بأهمية التأهيل للمعاق سواء فى مجال الصحة النفسية أو الجسمية. وفى المجال البيئى يجب تيسير إمكانات البيئة أمام المعاقين. ومن أمثلة ذلك تجهيز معابر خاصة بهم لعبور الشوارع فى أمان مثل المقعدين والعميان وغيرهم. (عبد المطلب القريطى، ١٩٩٦).



شكل (١٣٧) تجهيزات بيئية خاصة بالمعاقين

العلاج الطبي: التصحيح الطبي إلى أحسن درجة ممكنة وتوفير المساعدات السمعية والبصرية لضعاف السمع والبصر، والأجهزة للمشلولين والأطراف الصناعية للمبتورين، وإجراء العمليات الجراحية اللازمة للمشوهين. (١)

جنـــاح الأحـــداث

JUVENILE DELINQUENCY

يتعلم معظم الأطفال والشباب السلوك المعياري السوى خلال تنشئتهم الاجتماعية، ويسايرون في سلوكهم معايير السلوك الاجتماعي السوى. ولكن البعض ينحرفون أو يجنحون في سلوكهم عن هذه المعايير بدرجة قد لا تكون خطيرة بينما البعض يجنحون عنها بدرجة مرضية تمثل مشكلة.

ونحن نعرف أن الجناح هو الفعل أو السلوك الجانح. والجانح هو الحدث (الطفل أو المراهق) الذي يرتكب عملا خارجا على المعايير الاجتماعية وعلى القانون. (انظر جينكينز Jenkins، ١٩٦٨، محمد على حسن، ١٩٧٠).

ومشكلة جناح الأحداث من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تواجه الأسرة والمدرسة والمجتمع والتي تهم علماء الاجتماع وعلماء التربية ورجال القانون والأمن، والتي تهمنا بصفة خاصة في دراسة علم نفس النمو والصحة النفسية والعلاج النفسي. ويبدو أن جناح الأحداث في تزايد يستوجب التدخل للوقاية والعلاج حتى نتجنب الخسارة البشرية الناتجة عن هذه المشكلة.(٢)

أسباب جناح الأحداث

تتعدد أسباب جناح الأحداث، وفيما يلي أهمها:

الأسباب الحيوية: مثل تأخر النضج، والتشوهات الخلقية والعاهات الجسمية والأمراض المزمنة.

---

(١) انظر: الاتحاد النوعي لهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين بجمهورية مصر العربية (١٩٨٢). دليل هيئات رعاية وتأهيل المعاقين بجمهورية مصر العربية. القاهرة: الهيئة العامة للاستعلامات. وفيه دليل الهيئات حسب ميدان الإعاقة (الذي تعمل فيه) في مختلف المحافظات، مثل ميدان العميان، والصم والبكم وضعاف السمع، والمعاقين بدنيا، وناقهي الدرن، وناقهي مرض الجذام، ومرضى السرطان ومرضى روماتيزم القلب، وهيئات تعمل بميدان إعاقات مختلفة، وفي الدليل عنوان كل جمعية وتاريخ تأسيسها وملخص أغراضها وأقسامها وفروعها.

(٢) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في جناح الأحداث مايلي:

- Aggressive Behavior.
- Crime and Delinquency.
- International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.
- Journal of Research in Crime and Delinquency.

الأسباب النفسية: الصراع، والإحباط، والتوتر والقلق، والانقباض والحرمان العاطفى، والجوع الانفعالى، وانعدام الأمن والخبرات المؤلمة والأزمات النفسية، وعدم إشباع الحاجات، والنمو المضطرب للذات (مفهوم الذات السالب)، وعدم تعديل الدوافع، والضعف العقلى، والضعف الخلقى، وتأخر النضج النفسى.

الأسباب البيئية: ومنها أسباب بيئية عامة مثل أسلوب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والنقص فى عملية تعلم القيم والمعايير الاجتماعية، والبيئة الجانحة وتأثير الكبار، ونقص وسائل الترفيه ومشكلات وقت الفراغ، وسوء التربية الجنسية، والفقر والجهل والمرض. ومنها ما يكون داخل المنزل مثل أسلوب التربية الخاطىء (إفراط اللين والتساهل والإفراط فى الرعاية والحماية) ـ قلة الضبط والرقابة)، اللامبالاة - القسوة والإفراط فى العقاب - التفرقة فى المعاملة - اضطراب العلاقات بين الوالدين والطفل - الإهمال - الرفض)، سوء سلوك الوالدين، عدم الاستقرار العائلى وتفكك الأسرة (الهجران - الانفصال - الطلاق - السجن - الموت)، الناحية الاقتصادية (الفقر - ازدحام المنزل - انعدام وسائل الراحة)، الحالة الأخلاقية (الإدمان - المجون - التشجيع على الانحراف)، والعلاقات الانفعالية المضطربة فى الأسرة. ومن الأسباب البيئية ما يكون خارج المنزل مثل رفاق السوء، ومشكلات الدراسة والهروب من المدرسة والفشل الدراسى، ومشكلات العمل.

أعراض جناح الأحداث:

فيما يلى أهم أعراض جناح الأحداث: (١)

* الكذب المرضى، والسرقة والنشل والتزييف، والتخريب والشغب والخطورة على الأمن، والهروب من المنزل والمدرسة والفشل الدراسى، والتشرد والبطالة و التسول، والعدوان والتمرد على السلطة وعدم ضبط الانفعالات (حدة الطبع والتقلب) والسلوك الجنسى المنحرف كهتك العرض والجنسية المثلية والدعارة، وتعاطى المخدرات والمسكرات والإدمان، والقتل، وغير ذلك من ألوان السلوك الإجرامى.

* الشعور بالرفض والحرمان ونقص الحب وعدم الأمن ونقص فهم الآخرين للفرد، والشعور بالعجز (الحقيقى أو المتخيل) ومشاعر النقص فى الأسرة وفى المدرسة ومع الرفاق، والشعور بالمرارة والغيرة نحو واحد أو أكثر من الإخوة بسبب التفرقة فى المعاملة، والشعور بالذنب بخصوص السلوك الجانح.

* وجود مفهوم سالب للذات وتشوه صورة الذات. وقد وجد أنور الشرقاوى (١٩٧٠) أن صورة الذات المشوهة شائعة بين الأحداث الجانحين وأن اتجاهات الجانح نحو ذاته تتميز بالسلبية نتيجة

---

(١) تختلف النظرة إلى بعض أشكال السلوك الناتج باختلاف المجتمعات وباختلاف الطبقات الاجتماعية. فما يعتبر سلوكا جانحا فى مجتمع قد لا يعتبر كذلك فى مجتمع آخر، وما يعتبر سلوكا جانحا فى طبقة اجتماعية قد يعتبر سلوكا عاديا فى طبقة اجتماعية أخرى.

الخبرات السيئة التى كونها عن نفسه مما جعله غير متقبل لذاته، وأن تقدير الجانح لذاته بالدونية والقصور وعدم الواقعية وأنه أقل رضا عن ذاته بالنسبة لمثله الأعلى أو توقعات ا. له وخاصة أسرته.

* يصاحب هذا كله أعراض مثل نقص البصيرة ونقص التبصر بعواقب السلوك وعدم الت الخبرة ونقص القدرة على الحكم السليم، وعدم المسئولية وخطأ الحكم وعدم الاهتمام با. وعدم وضوح أهداف أو فلسفة للحياة، والأنانية ونقص النقد الذاتى، والبله الأخلاقى الشعور بالذنب وضعف الضمير. والاستهتار بالتعاليم الدينية والقيم الأخلاقية وا الاجتماعية.

* يلاحظ أيضاً أن قلة من الجانحين يكونون أذكياء، إلا أن الأغلبية حالات حدية وضعاف والصحة العامة للجانحين أقل من المتوسط، ويشاهد العيوب الجسمية والتعرض لـلحـ ويشاهد أيضا العصابية،وزيادة النشاط الحركى وعدم الاستقرار والاندفاع والقابلية للإيحاء ضبط النفس والاتجاهات الدفاعية والعدائية ونقص التعاون ومناوأة السلطة والمخاطرة و والتدخين وغير ذلك فى سن مبكرة. (بيتيرسون وآخرون .Peterson et al، ١٩٦٨).

الوقاية من جناح الأحداث:

يجب الاهتمام بالإجراءات الوقائية الشاملة من جناح الأحداث، ويتضمن ذلك الإج النفسية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية الواجب اتخاذها أثناء رعاية النمو النفسى والتربوى التنشئة الاجتماعية للأطفال والشباب حتى يشبوا مواطنين صالحين.

وفيما يلى **أهم الإجراءات الوقائية** من جناح الأحداث:

* تبنى وجهة نظر أصحاب نظرية الدفاع الاجتماعى واتخاذ كل التدابير الوقائية اللازمة فى الأسرة والمدرسة والمؤسسات الاجتماعية المختلفة والاهتمام بوسائل رفع مستوى المعيشة و التوعية، وتضافر جهود الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام والمجتمع بصفة عامة فى تفادى الجناح عند الأطفال.

* التنبؤ المبكر بالجناح وتحديد القابلين له باستخدام مقاييس القابلية للانحراف السلوكى حتى اتخاذ الإجراءات الوقائية قبل تفاقم المشكلة. وإعداد المعلم لمواجهة حالات الجناح وعـ الانحراف بطريقة علمية فى تعاون مع الأسرة ومع الهيئات العلاجية الأخرى، وإرشاد ا والمراهقين مع الاهتمام الخاص بأولئك الذين يبدون اتجاها مبكرا نحو الجناح.

* توجيه الوالدين بخصوص عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال ومعاملة المراهقين، وتوفـ الأسرى الآمن، وتوفير الضروريات مع الإشراف المرن والاهتمام بنمو الضمير والنمو ا والأخلاقى للأطفال والشباب.

* الاهتمام بالأحكام التشريعية والتدابير الاجتماعية لحماية الأطفال والشباب من الإهمال والتعرض لأسباب الجناح وعلى رأسها الفقر والجهل والمرض، وإنشاء مؤسسات رعاية الأطفال والشباب ومراكز الإرشاد النفسي وخاصة الإرشاد الزواجي والأسرى وإرشاد الأطفال والشباب.

علاج جناح الأحداث:

فيما يلي أهم توصيات علاج جناح الأحداث:

العلاج النفسي: الفردى والجماعي ومحاولة تصحيح السلوك الجانح وتعديل مفهوم الذات عن طريق العلاج النفسي المركز حول العميل، مع الاهتمام بعلاج الشخصية والسمات المرتبطة بالجناح، وحل الصراعات، ومقابلة عوامل الإحباط وإزالة مصادر الضغط والتوتر الانفعالي ومحاولة التغلب على دافع العدوان، وإشباع الحاجات النفسية غير المشبعة وخاصة الحاجة إلى الأمن، وإبدال السلوك العدواني بسلوك بناء، والعلاج الديني، والعلاج بالعمل، والاهتمام بالتربية الجنسية، وإنشاء المزيد من العيادات النفسية المتخصصة لعلاج جناح الأحداث. وقد ساهم المؤلف في إنشاء أولى هذه العيادات التابعة للإدارة العامة للدفاع الاجتماعي بوزارة الشئون الاجتماعية.

الإرشاد العلاجي والتربوي والمهني: للحدث الجانح في جو نفسي ملائم يتسم بالصبر والفهم والمساندة والتوجيه السليم نحو سلوك فعال مقبول، ومساعدة الحدث الجانح على رسم فلسفة جديدة لحياته. وفي نفس الوقت يجب الاهتمام بإرشاد الوالدين، وتحميلهما مسئولية العمل على تجنب الطفل التعرض للأزمات الانفعالية ومواقف الصراع، والإحباط، وإفهامهما أن العقاب العنيف لا يجدى مع الجانحين، وضرورة تصحيح أساليب المعاملة الوالدية المضطربة وأساليب التربية الخاطئة تجنبا لآثارها السيئة، وحثهما على الصبر في معاملة الأطفال والشباب مع مراعاة العطف والحزم والاعتراف بشخصية الأولاد وعدم التفرقة في المعاملة بينهم، وعدم المقارنة بين الأطفال، وأن يكونوا قدوة سلوكية حسنة للأولاد.

العلاج البيئي: تعديل العوامل البيئية داخل المنزل وخارجه، وشغل وقت الفراغ والترفيه المناسب والرياضة والنشاط الاجتماعي، وتوفير الرعاية الاجتماعية للحدث الجانح في الأسرة والمدرسة أو المؤسسة، واستخدام كافة إمكانات التربية والخدمة الاجتماعية المتيسرة في المجتمع، والإيداع في المؤسسات للتأهيل النفسي والتربوي والمهني، وإعادة التطبيع الاجتماعي وتعديل الدوافع والاتجاهات في ضوء دراسات وخطط علاجية مدروسة والعمل مع الجانحين على أساس من الفهم والرعاية بهدف الإصلاح والتقويم وليس العقاب.

الإدمـــــان

ADDICTION

الإدمان مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مرض جسمى ونفسى واجتماعى يحتل مراكز هاما فى دائرة اهتمام الأطباء والمعالجين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين ورجال القانون والاقتصاد والتربية والسياسة والأمن. وسواء اعتبرنا المدمنين مرضى أو مجرمين فإن لهم الحق فى العلاج. (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٨٨).

والإدمان بكافة صوره وأشكاله خطر يؤثر تأثيرا مخربا فى حياة الفرد والأسرة والمجتمع، فهو يدمر شخصية الفرد ويهدم الأسرة ويدهور الإنتاج كما وكيفا ويسبب خسارة قومية فادحة. وعلى الرغم من هذا، فمن السهل الوقاية منه، ومن الممكن علاجه فى أغلب الأحوال. (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

والرأى الأرجح هو أن الإدمان فى حد ذاته مرض، وأن شخصية المدمن مضطربة، وإذا ارتكب المدمن جريمة نتيجة لرغبته الملحة للتعاطى بأى ثمن – حتى ولو بارتكاب الجرائم – فهذا يعتبر من أعراض المرض. والمجتمع العاقل هو الذى يهتم بإجراءات الوقاية من الإدمان ويتحرك قبل وقوع الكوارث وقبل انتشار الوباء بهدف اجتثاث المشكلة. (حامد زهران، ١٩٨٨)(١).

تعريف وتصنيف:

الإدمان هو اعتماد Dependence فسيولوجى نفسى، ولهفة واعتياد Habituation، واستخدام قهرى Compulsive، وتعاطى متكرر لعقار طبيعى أو صناعى(مركب)، يؤثر على الجهاز العصبى (تنشيط أو تثبيط، تهدئة أو تسكين أو تخدير أو تغييب أو تنبيه أوتنويم)، وإذا منع أدى إلى أعراض منع (نفسية وجسمية: مثل التوتر والقلق والاكتئاب والتهيج العصبى وفقد الشهية والأرق والعدوان).

ويصنف الإدمان إلى:

* إدمان عقار واحد، أو إدمان متعدد العقاقير.
* إدمان أولى، أو إدمان عرضى.
* إدمان فردى، أو إدمان وبائى.

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى الإدمان مايلى:

-British Journal of Addiction.
-Bulletin on Narcotics.
-Drug and Alcohol Dependence.
-International Journal of the Addict.
-Journal of Psychoactive Drugs.

* إدمان منشطات، أوإدمان مهدئات.

وتقسم مواد الإدمان حسب أصل المادة إلى قسمين:

* **مواد طبيعية:** وهى المأخوذة من أصل نباتى مثل الأفيون الذى يستخرج من نبات الخشخاش، والكوكايين الذى يستخرج من شجرة الكوكا، والحشيش الذى يستخرج من نبات القنب.
* **مواد تخليقية:** وهى التى تصنع كيميائيا فى المعامل ،مثل الأمفيتامينات والباربيتورات.

وتقسم مواد الإدمان حسب تأثيرها النفسى (على الجهاز العصبى) إلى:

* **مخدرات** (مهبطات): وهى مواد مخدرة، مثل الأفيون ومشتقاته.
* **منشطات:** وهى مواد منشطة ومثيرة ومنبهة، مثل الكوكايين والأمفيتامينات.
* **مهلوسات:** وهى مواد تسبب الهلوسة والأوهام والتخيلات مثل الميسكالين، ل. س. د. L.S.D

ومن مواد الإدمان:

* **الأفيونات:** (من نبات الخشخاش)، أفيون، مورفين (مخدر قوى)، هيروين، كوكايين.
* **القنبيات:** حشيش، ماريجوانا، بانجو.
* **الهلوسات:** (مثيرات الهلوسة) Hallucinogens، ميسكالين، ل.س.د.Lethargic L.S.D. Acid Diethylamide .
* **المنبهات:** (أمفيتامينات) (مركب) أمفيتامين، ميتامفيتامين، ديكسامفيتامين.
* **الخمور:** [١] والمشروبات الكحولية.
* **المخدرات:** Narcotics أفيون (ومشتقاته).
* **المسكنات:** Sedatives باربيتورات (باربيتون، فينوباربيتون، بوتوباربيتون، أميلوباربيتون، بنتوباربيتون).
* **المهدئات:** Tranquillisers (أكوانيل، فاليوم، فالينيل، ليبريوم، ترانكيلان، لارجاكتيل).
* **المنومات:** (لومينال، كلورال، دوريدين، بارالديهايد).

(انظر مصطفى سويف، ١٩٩٦).

وتتعدد طرق تعاطى مواد الإدمان، وأشيع الطرق هى:

- عن طريق الفم: كما فى تعاطى الأفيون.
- الشم: كما فى تعاطى الكوكايين.
- التدخين: كما فى تعاطى الحشيش.

(١) قال الله تعالى: ﴿إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون﴾.

(إجلال سرى، ١٩٩٣).

ويمر المدمن بمراحل رئيسية هى:

١ ـ مرحلة التحمل Tolerance (مرحلة ما قبل الإدمان).

٢ ـ مرحلة التعود Habituation (مرحلة الإنذار بالإدمان).

٣ ـ مرحلة الإدمان Addiction (مرحلة الإدمان المزمن).

مدى حدوث الإدمان:

تقدير حجم مشكلة الإدمان أمر بالغ الصعوبة، حيث إن المدمن لا يعلن عن نفسه. وعلى العموم فإن الدراسات تشير إلى أن الإدمان فى تزايد مستمر عالميا ومحليا. (عفاف عبد المنعم، ١٩٨٤).

ويشاهد الإدمان فى الطبقات الدنيا أكثر من الطبقات العليا، ولدى المنحرفين والمجرمين أكثر من الأسوياء، ويوجد لدى الذكور أكثر من الإناث، ولدى المشكلين أكثر من المتوافقين، ولدى الشباب أكثر من الأعمار الأخرى.

أسباب الإدمان:

للوقاية من الإدمان وعلاجه، لابد من تعرف أسبابه وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها وضبطها والتقليل من آثارها. (لويس جونينج ـ شيرز وهانز هاجين Gunning-Schepers & Hagen، ١٩٨٧).ومن أسباب الإدمان:

أسباب حيوية: ومنها اعتماد الجسم على العقار، وتسمم الجسم بالعقار، والإدمان من خلال العلاج، وسهولة صرف العقاقير الطبية.

أسباب نفسية: مثل اضطراب الشخصية، والإحباط، والتوتر، وعدم الاستقرار، والاكتئاب، والقلق، والخواف، والوساوس، والهروب من الواقع، والاضطرابات الجنسية، والمشكلات المتراكمة وعدم القدرة على حلها والهروب بدلا من مواجهتها، وسوء التوافق، والصدمات.

أسباب اجتماعية: مثل الصحبة السيئة التى تستخدم الضغط والإغراء والتيسير، والتضليل (بفائدة مواد الإدمان)، وحب الاستطلاع والتجريب، والتقليد، وضغط العمل،والمغايرة، والبحث عن المتعة، ووقت الفراغ غير المرشد (اللهو والتسلية)، وضعف الإشراف والرقابة على طلاب المدارس والشباب فى الأندية، وبيئة الإدمان، ووفرة مواد التعاطى، والمشكلات الزواجية، وتفكك الأسرة، والانفصال، وغياب الوالد،ونقص الرقابة الأسرية وغياب القدوة، والسلوك الجانح، والسلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الإجرامى.

أسباب أخرى: مثل عدم الالتزام بالقيم الدينية والأخلاقية، والفشل الدراسى، والبطالة، والمشكلات المهنية، ومشكلات التقاعد، والدخول الطفيلية، ونشاط عمليات التهريب. (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

شخصية المدمن:

تتميز شخصية المدمن بأنها شخصية مستعدة للإدمان،غيرناضجة، ونرجسية أو ما سوكية، ومريضة جنسيا، ومتقلبة انفعاليا، وعدوانية، وانطوائية، وقلقة، واكتئابية.

أعراض الإدمان:

تتمثل أخطر أعراض الإدمان في السلوك المضاد للذات، وللمجتمع، وهوس التسمم Toxico-mania.

ومن أهم خصائص الإدمان:

* الرغبة الملحة في الاستمرار في التعاطي والحصول على مادة الإدمان بأي وسيلة.
* زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على مادة الإدمان.
* الاعتماد النفسي والعضوي على مادة الإدمان.
* ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة عند الامتناع المفاجئ عن التعاطي.
* ظهور الآثار الضارة على الفرد المدمن والمجتمع.

(أنور الشرقاوي، ١٩٩١).

ومن آثار الإدمان:

جسميا: تلف الجهازالعصبي شاملا المخ والمخيخ والحبل الشوكي والأعصاب، واضطراب الحواس، واضطراب الإدراك، وأمراض الجهاز الهضمي مثل قرحة المعدة وتليف الكبد، وأمراض الجهاز الدوري مثل أمراض الدم،و أمراض الجهاز التناسلي مثل الضعف الجنسي، ويصل الحال أحيانا إلى الشلل أو الوفاة.

نفسيا: اضطراب الوظائف العقلية ومنها الخمول والنسيان و اضطراب التفكير والسلبية والانطواء والقلق والخوف والاكتئاب.

اجتماعيا: الإهمال وتفكك الأسرة والجريمة والعنف والانحراف الجنسي، والبطالة وانخفاض الانتاجية والسلوك الإجرامي والدعارة.

اقتصاديا: المغارم الاقتصادية للإدمان كثيرة، ويلخصها مصطفى سويف (١٩٩٦) فيما يلي:

* الإنفاق الظاهر: ويتمثل في مكافحة العرض (الإدارة العامة للمكافحة، والمباحث العامة، وحرس الجمارك، ومصلحة السجون،والبوليس الجنائي الدولي، وسلاح الحدود، وخفر السواحل، والسلطة القضائية ، ومصلحة الطب الشرعي)، وخفض الطلب (برامج التوعية، والتشخيص المبكر، والعلاج، وإعادة التأهيل والاستيعاب).

* الإنفاق المستمر: (الاستنزاف) ويتمثل فى الجلب والتهريب، والاتجار، والزراعة، والتصنيع، واضطراب العلاقة بالعمل، وتناقص الانتاجية، والحوادث.

* الخسائر البشرية: وتتمثل فى العاملين فى التهريب والاتجار كفاقد من القوى العاملة، والمتعاطين والمدمنين كفاقد من القوى العاملة، والمتعاطين والمدمنين كبؤرة اجتماعية غير صحية، والضحايا الأبرياء للمتعاطين والمدمنين.

الوقاية من الإدمان:

يجب أن تتم الإجراءات الوقائية باتباع العديد من الطرق التى تركز فى جملتها على بناء الشخصية السوية وتحقيق التوافق النفسى والصحة النفسية، ومعرفة دوافع الإدمان وتقليلها، ودراسة أسباب الإدمان وتجنبها، والتحذير من آثار الإدمان والتخلص منها. وتتم جميع الإجراءات الوقائية فى إطار عمل فريق متكامل ومتعاون.

وفيما يلى إشارة إلى أهم الطرق التى تتضمنها الإجراءات الوقائية: (حامد زهران، ١٩٨٨).

* **الإرشاد النفسى**: بخصوص الإدمان وأسبابه والكوارث التى يسببها، ويحسن أن يتم ذلك فى إطار جماعى. ويركز الإرشاد النفسى الوقائى فى مجال الإدمان على حل مشكلات الشباب، ويهتم بالإرشاد التربوى بما يحقق التوافق الدراسى، والإرشاد المهنى ويتضمن التوافق المهنى وتجنب المشكلات المهنية، والإرشاد الزواجى تحقيقا للتوافق الزواجى. وتقدم هذه الخدمات الوقائية فى مراكز الإرشاد النفسى.

* **الصحة النفسية**: وتهتم بتحقيق التوافق النفسى، وتستخدم طرق الوقاية المناسبة من الاضطرابات السلوكية، وتقديم المشورة والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة والتوجيه إلى مواجهة الواقع بدلا من الهروب عن طريق الإدمان. وتقدم العيادات النفسية خدمات العلاج النفسى فى الحالات المبكرة للإدمان. (فاروق عبد السلام، ١٩٧٧، جمال ماضى أبوالعزايم، ١٩٨٨).

* **الخدمة الاجتماعية**: وتتضمن إجراء البحوث الاجتماعية، والتدخل البيئى وتعديل البيئة الاجتماعية، وتهدف إلى تحقيق ا لتوافق الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية. و تهتم مراكز الخدمة الاجتماعية بدعم السلوك الجماعى السوى للشباب، وتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة فى حالات الإدمان، وتقديم الرعاية الاجتماعية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم. (سوس عثمان، ١٩٨٨، عبد الكريم المغيقى، ١٩٨٨).

* **التربية والتعليم**: وتهتم بالتنشئة الاجتماعية السليمة وتعلم وتبنى فسلفة حياة سليمة، وتعليم المهارات اللازمة للحياة، والإفادة من الكتابات العلمية المبسطة عن الإدمان وآثاره الضارة التى

يجب أن يتجنبها المواطن كما يجب أن يقوم الأطباء النفسيون فى المدرسة بدورهم الوقائى من الإدمان حيث يطبقون توجيهات التربية وعلم النفس، ويعقدون اجتماعات ولقاءات ومناقشات مع الطلاب، يشارك فيها الأطباء النفسيون وعلماء الدين والاقتصاد والآباء.

* **الصحة العامة والطب الوقائى**: ويكون الاهتمام بالرعايةالصحية العامة، وأهمية اللجوء إلى الرعاية الطبية فى الوقت المناسب.

* **الأسرة**: ومن واجبها تهيئة مناخ أسرى صحى مناسب مشبع بالأمن النفسى والحب، ويمتاز بالعلاقات الأسرية السليمة بين أعضاء الأسرة، ويمتاز بإشباع الحاجات وحل الصراعات والتغلب على الاحباطات، وتوجيه الأولاد فى اختيار الأصدقاء الصالحين، ومتابعة أحوالهم بعين يقظة، وتوفير القدوة الحسنة فى الأسرة. ويجب تجنب المناخ الأسرى الذى يؤدى إلى التفكك واحتمال التعرض للإدمان، واجتناب أساليب التربية الخاطئة للوقاية من آثارها المدمرة. (محمد عماد فضلى، ١٩٦٩، على الدين السيد محمد، ١٩٨٨).

* **وسائل الإعلام**: تركز وسائل الإعلام بكافة أنواعها (الإذاعة والتليفزيون والصحافة والسينما والمسرح والنشرات العامة و الاعلانات) على برامج التوعية الجماهيرية بكل ما يتعلق بالوقاية من الإدمان من خلال الحوار مع المتخصصين والخبراء فى مجال ا لإدمان، وإعداد أفلام تسجيلية لمقابلات شخصية مع مدمنين وذويهم وزملائهم للاستعانة بها فى برامج الوقاية من الإدمان. وتقوم وسائل الاعلام بتعبئة الرأى العام ضد الإدمان، ومقاومة الأفكار الخاطئة عن الإدمان مثل الأثر الجنسى للحشيش وغيره من العقاقير.

* **دور العبادة**: تركز على الجانب الدينى، وإيضاح أن الإدمان غير مقبول دينيا، وتشرح رأى الأديان فى الإدمان.

* **الرفاق**: وهنا نؤكد أهمية حسن اختيار الرفاق والصحبة الحسنة حيث العلاقات الاجتماعية الصحية، وتحمل المسئولية الاجتماعية تجاه الرفاق. ويلاحظ ضرورة تجنب الصحبة السيئة والبعد عن الإغراء والتجريب. (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

* **النوادى** (ومراكزالشباب): وفيها يمكن ترشيد وقت الفراغ واستغلال أنشطته بأساليب جماعية، وممارسة الأنشطة الرياضية والهوايات. وتلعب نوادى الدفاع الاجتماعى دورا هاما فى الوقاية من الإدمان وغيره من الأمراض الاجتماعية. ويمكن إنشاء نوادى التائبين بعد العلاج حيث يجد المدمن التائب نفسه بين أفراد مروا بنفس تجربته ونجحوا فى التخلص من الإدمان مما يزيد الثقة بالنفس والحماس. وهذه النوادى تعترف بالمدمن التائب كإنسان صالح. (محمد عماد فضلى، ١٩٦٩).

* **مراكز التأهيل:** وهى تضطلع بتقديم خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعى، بهدف إعادة المدمن السابق بعد علاجه إلى أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع.
* **مؤسسات العمل:** وهى تستطيع الإسهام فى خدمات الوقاية عن طريق تنظيم العلاقات المهنية والإنسانية السليمة وظروف العمل التى تحقق التوافق المهنى والرضا عن العمل وعن الدور المهنى.
* **الجمعيات:** ومنها على سبيل المثال جميعات منع المسكرات، وتقوم بدور هام فى نشر الوعى عن الإدمان ومضاره.
* **معاهد ومراكز البحث العلمى:** وهذه تقوم بدور متكامل، وتهتم بالبحوث المتخصصة والدراسات المسحية حول أسباب الإدمان وآثاره، وإعداد برامج الوقاية من الإدمان وتطوير طرق العلاج. ومن أمثلتها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومعهد الدراسات العليا للدفاع الاجتماعى.

علاج الإدمان:

يجب أن يكون علاج الإدمان متكاملا تتداخل فيه التخصصات النفسية والاجتماعية والتربوية والطبية والأمنية.

ومن المهم التقدم الاختيارى للعلاج لأنه يضمن تعاون المدمن مما ييسر عملية العلاج ويحسن المآل.

والعلاج الطبى يقوم على الفطام التدريجى للمدمن من مادة الإدمان باستخدام البدائل، وعلاج أعراض الانسحاب ثم التوقف، وسد القنوات العصبية التى تسلكها مادة الإدمان داخل جسم المدمن للتأثير فى سلوكياته. ويتم هذا فى عيادات علاج الإدمان، وأقسام علاج الإدمان فى بعض المستشفيات.

والعلاج النفسى يفيد بطرقه المختلفة مثل العلاج السلوكى والعلاج الدينى والعلاج بالعمل والعلاج البيئى والاجتماعى والترويحى. وتلعب الرعاية الاجتماعية المصاحبة أثناء العلاج واللاحقة له دورا هاما أيضا.

ومن المهم علاج مصاحبات الإدمان مثل الاكتئاب والفصام والسيكوباتية أو أى اضطراب آخر.

مشكلات الشباب

YOUTH PROBLEMS

قد تمر مرحلة الشباب بسلام دون أى مشكلات. وفى بعض الأحيان قد يظهر سلوك الشباب بواجهة براقة من البهجة والانطلاق والحماس والإقبال على الحياة. وتحت هذه الواجهة وبسبب عدم بلوغ النضج الكامل قد يكون هناك قلق بخصوص اتخاذ القرارات وحل المشكلات والحياة المليئة بالأهداف الجديدة والعلاقات الاجتماعية المتزايدة الاتساع. والحقيقة أنه **قليلا ما تمر مرحلة الشباب دون أن يتخللها بعض المشكلات**. ومن هنا نجد أن من الواجب على الوالدين والمربين والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين مساعدة الشباب على اجتياز المرحلة اجتيازا يقوى ثقتهم بأنفسهم وبمن حولهم فى الحاضر و المستقبل.

وكثيرا ما تقف **مشكلات الكبار** الخاصة حائلا أمام مساعدتهم للشباب. إن فاقد الشئ لا يعطيه. **وليست المشكلات كلها مشكلات الشباب ولكنها أيضا مشكلات الوالدين الذين يضيقون ذرعا بأولادهم حين تختلف أفكارهم عن أفكار الأولاد. وهى أيضا مشكلات المعلمين الذين يريدون تعليم الشباب أشياء لا يريد الشباب تعلمها. وهى أيضا مشكلات المجتمع الذى يفرض** على الشباب قيودا جامدة يثور الشباب عليها أو يخضع لها مكرها.

وتتفاوت المشكلات فى حدتها وخطورتها، فبعضها سهل الحل وبعضها عسير الحل، وبعضها يتناول موقفا محددا وبعضها يتعلق بمستقبل حياة الفرد. (١)

أسباب مشكلات الشباب:

تتلخص أهم أسباب مشكلات الشباب فيما يلى:

الأسباب الحيوية:وتشمل البلوغ الجنسى دون التهيؤ له نفسيا، وعدم إمكان الزواج وإشباع الدافع الجنسى أو إشباعه قبل الزواج، والحمل المحرم، والأمراض والتشوهات والعاهات.

---

(١) انظر قوائم واستفتاءات مشكلات الشباب الآتية:

* حدد مشكلتك بنفسك «للمرحلة الإعدادية» (وضع مونى، وإعداد مصطفى فهمى وصموئيل مغاريوس)، وتتناول: المشكلات الصحية، والمدرسية، والعائلية، والاقتصادية، و الشخصية، والانفعالية.
* حدد مشكلتك بنفسك «للمرحلة الثانوية»(وضع مونى،وإعداد مصطفى فهمى وصموئيل مغاريوس)، وتتناول: المشكلات الصحية، والاقتصادية،و مشكلات الفراغ، والجنس الآخر، والتوافق الاجتماعى، والمشكلات الانفعالية، والدين، ومشكلات الأسرة،والتوجيه التربوى والمهنى، والعمل الدراسى، والمنهج والدراسة.
* استفتاء مشاكل الشباب (تأليف أحمد زكى صالح)، ويتناول: مشكلات الشباب فى المنزل، والأسرة،وبعد المدرسة الثانوية، ورضا الفرد، والتعامل مع الناس، والأمور الجنسية، والصحة، والأمور العامة.
* قائمة مشكلات الشباب الجامعى (إعداد على خضر)،وتتناول: المشكلات الصحية، والدراسية، والشخصية، والاجتماعية، والأسرية، والاقتصادية، والدينية، والمشكلات العامة.
* مقياس المشكلات الاجتماعية للشباب (تأليف حامد زهران، سيد صبحى، سامية القطان، إجلال سرى). ويقيس: المشكلات الأسرية، والدراسية، والانفعالية، ومشكلات التفاعل، والمشكلات الدينية، والجنسية، ومشكلات الرفاق،والفراغ، والمشكلات الاقتصادية، والصحية.

الأسباب النفسية: قد يعانى الشاب من الصراعات وهو يحاول التوافق مع جسمه الذى يتغير ودوافعه التى تتطور ومطامحه التى تتبلور، وقد يعانى من الإحباطات المتعددة أمام مطالب البيئة ونقص الإمكانات، وقد يعانى من الحرمان وعدم إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية. وقد يرفع الشاب درع الدفاع النفسى بحيله المعروفة التى قد تنجح وقد تفشل مثل التبرير والنكوص والكبت والعدوان والإسقاط... إلخ. كذلك قد يعانى الشاب من عدم النضج الانفعالى ونقص التوازن الانفعالى وتذبذب الروح المعنوية بين الارتفاع والانخفاض، والميول الاستعراضية وعدم الاستقرار.

الأسباب البيئية: وتشمل الضغوط الأسرية والاجتماعية وما يقابلها من ثورة وعقوق من جانب الشاب، وسوء التوافق الأسرى بين الوالدين أو مع الإخوة وسوء التوافق الدراسى وسوء التوافق الاجتماعى ورفض الجماعة له مما يزيد نار الصراع اشتعالا ويؤجج التوتر النفسى، وسوء التوافق الشخصى والاجتماعى والانطواء ونقص الميول والاهتمامات الاجتماعية والرياضية وغيرها، وفساد التوجيه وقلة الرعاية فى الأسرة والمدرسة والمجتمع بصفة عامة، والرغبة القوية للارتباط برفاق السن وتكوين شلل ونواد مما قد يتعارض مع المسئوليات الدراسية والأسرية، ونقص الخبرات الجديدة اللازمة لتطبيق القدرات والمهارات الجديدة وعدم وجود فلسفة واضحة للحياة، وعدم الرضا عن الروتين اليومى والمواقف الرتيبة فى الحياة اليومية مما قد يدفع الشاب إلى الاندفاع والمخاطرة ومخالفة القانون والعرف أيضا.

أهم مشكلات الشباب:

تبذل المؤسسات المسئولة عن رعاية الشباب فى جمهورية مصر العربية جهودا كبيرة فى سبيل التعرف على مشكلات الشباب وتحديد أسبابها وعلاجها. وتتلخص أهداف البحوث فى مجالات الشباب فى تحقيق النمو النفسى والاجتماعى والجسمى والصحى والفكرى والاقتصادى والقومى للشباب.

وقد أجرى العديد من البحوث والدراسات عن مشكلات الشباب فى مصر، تحت إشراف الإدارة العامة للبحوث بوزارة الشباب (سابقا).

وقام المؤلف (حامد زهران وآخرون، ١٩٨٨) ببحث عن المشكلات الاجتماعية للشباب (على مستوى الجمهورية) بتكليف من أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا.

وفيما يلى مجمل نتائج البحوث عن مشكلات الشباب:

مشكلات الصحة والنمو: ضعف الصحة العامة، الشعور بالتعب الزائد بسرعة، الكسل، الشكل غير المناسب، التغذية غير المناسبة، نقص الشهية، الانحراف عن المعايير من الناحية الجسمية مثل كبر الحجم أو صغره عن العادى وزيادة الوزن أو نقصه عن العادى، الإصابة بالصداع والدوار واضطراب النوم، الإصابة بأحد الأمراض المتوطنة، نقص الرعاية الصحية.

المشكلات الانفعالية: الشعور بالذنب وبتأنيب الضمير، القلق والتوتر، الانقباض وعدم السعادة، تقلب الحالة الانفعالية، الشعور بالنقص، الشعور بالخجل، الارتباك، نقص الشعور بالمسئولية، نقص القدرة على تحمل المسئولية، نقص الثقة في النفس، الشعور بالذات، الشعور بالضيم، الشعور بالفراغ والضياع، الخواف، الخوف من الخضوع والإهانة، الخوف من النقد، المعاناة من الاندفاعات المزاجية، العناد، التمرد، عدم الاستقرار، التهيجية وسهولة الاستثارة، العصبية والحساسية الانفعالية، اللازمات العصبية، ضعف العزيمة والإرادة، عدم القدرة على التصرف وقت الطوارىء، أخذ الأشياء بجدية زائدة، الاستهتار واللامبالاة، الاستغراق في أحلام اليقظة، الأحلام المزعجة والكابوس، التبرم بالحياة والرغبة في التخلص منها، نقص الإرشاد العلاجي.

المشكلات الأسرية: الخلافات والانفصال أو الطلاق بين الوالدين، موت الوالدين أو أحدهما، رجعية الوالدين، الشعور بالبعد عن الوالدين في الميول، نقص القدرة على مناقشة الموضوعات الشخصية مثل المسائل الجنسية مع الوالدين، اللوم والتأنيب والتقريع، العقاب بالضرب وغيره، مناوأة الوالدين والرد عليهما، الخوف من إخبار الوالدين عندما يخطىء، عدم القدرة على اعتبار الوالدين كصديقين، الشعور بأن الوالدين يتوقعان منه أكثر من طاقته، تدخل الوالدين في اختيار الأصدقاء، عدم السماح له بالخروج ليلا أيام الدراسة، إلزامه بالتواجد في البيت في ساعة محددة، اعتباره غير مسئول، زيادة الرقابة في الأسرة، معاملته كطفل في الأسرة، التفرقة بين الإخوة، العراك مع الإخوة، النزاع الدائم بخصوص النقود، قلة المصروف والملابس، عدم التمتع بالحرية في الأسرة، عدم حرية إبداء الرأي، الشعور بالحرمان من أشياء كثيرة، عدم ضمان الخصوصية، عدم وجود مكان للاستذكار، عدم وجود غرفة خاصة، شعوره أنه عبءعلى الوالدين، مشكلات تكوين أسرة جديدة، سفر الوالدين للخارج وترك الأولاد بمفردهم، نقص الإرشاد الأسري.

المشكلات الدراسية: صعوبة تركيز الانتباه والسرحان. النسيان وضعف الذاكرة،الطريقة الخاطئة في الاستذكار، عدم القدرة على تخطيط وتنظيم الوقت، إضاعة الوقت، عدم القدرة على استخدام المكتبة، البطء الشديدة وعدم المثابرة، أحلام اليقظة أثناء الدراسة، صعوبة كتابة مذكرات في المدرسة، الصعوبات في التلخيص والحفظ، نقص القدرة على التعبير عن النفس في الكلام والكتابة، نقص الانضباط في الفصل، التأخر الدراسي في مادة أو أكثر، عقدم القدرة على القراءة الجيدة والبطء فيها، عدم التجاوب مع المعلمين، عدم عدل المعلمين، نقص تشجيع المعلمين، تهكم المعلمين، الاعتماد على الدروس الخصوصية، تمييز المعلمين لبعض الطلاب دون الآخرين، الشك في قيمة المواد التي تدرس، القلق والخوف من الامتحانات، عدم معرفة كيفية الاستعداد للامتحانات، الخوف من الفشل والرسوب، الغش في الامتحانات، الملل وكره الدراسة، الخوف من الكلام أمام الجماعة، الشك في قدرته على العمل، الشك في قدرته على التحصيل الدراسي، الشك في قدرته على التعليم العالي، الحاجة إلى المساعدة في اختيارالدراسة، مشاهدة التليفزيون أو سماع الراديو أكثر من اللازم على حساب الدراسة، نقص الإرشاد التربوي.

المشكلات الاجتماعية: نقص القدرة والارتباك فى المواقف الاجتماعية، الخوف من ارتكاب الأخطاء الاجتماعية، الخوف من مقابلة الناس، نقص القدرة على الاتصال بالآخرين، قلة الأصدقاء، نقص القدرة على إقامة صداقات جديدة، صعوبة الاشتراك فى شلة، صعوبة الاشتراك فى نادى، القلق بخصوص السلوك الاجتماعى السليم، عدم اللياقة، الوحدة وعدم الشعبية الاجتماعية ورفض الجماعة له، عدم توافر فرصة القيادة، نقص فرصة الاشتراك فى الشئون الاجتماعية، عدم وجود من يناقش مشكلاته الشخصية معه، القلق بخصوص التعصب الاجتماعى وعدم التسامح، المجادلة.

مشكلات الفراغ: سوء استغلال وقت الفراغ وقضاؤه فى مالا يفيد، وفى مشاهدة التليفزيون والفيديو وفى التسكع فى الشوارع، واللعب فى الحارات والجلوس فى المقاهى وأماكن اللهو، نقص وسائل الترفيه والترويح، نقص النوادى وأماكن النشاط الترويحى، نقص فرص تعرف وزيارة الأماكن السياحية، نقص تشجيع ممارسة الهوايات، نقص فرص ممارسة الهوايات، نقص المهارة فى الألعاب الرياضية، المعاناة من طول وقت الفراغ الممل.

مشكلات المهنة والعمل: نقص المساعدة فى تنمية قدرات الفرد، نقص المساعدة فى اختيار مواد التخصص، الصراع بين استكمال التعليم والنزول إلى ميدان العمل، نقص المساعدة فى معرفة الفرص المتاحة فى المجالات المختلفة، نقص المساعدة فى اختيار المهنة، نقص الخبرة فى الأعمال المختلفة، عدم معرفة كيف وأين يبحث عن عمل، عدم وجود ميل محدد لخط معين فى العمل، عدم الكسب المادى الآن، عدم إمكان كسب المال حتى يتمكن من إكمال تعليمه العالى، عدم معرفة كيف يسلك أثناء مقابلة شخصية، القلق بخصوص متى وأين يتسلم العمل،القلق بخصوص هل سيوضع فى مكانه المناسب أم لا، عدم توافر فرص العمل المناسب، نقص التدريب والإعداد المهنى، نقص الإرشاد المهنى.

المشكلات الجنسية: نقص المعلومات الجنسية الصحيحة، مشكلات النمو الجنسى، مشكلات النضج الجنسى المبكر والنضج المتأخر، عدم وجود صديق من الجنس الآخر، الكبت الجنسى، الوقوع فى الحب والخروج منه، عدم معرفة السلوك السوى مع الجنس الآخر، القلق بخصوص الزواج من الشخص المناسب، القلق بخصوص الاضطرارلتأجيل الزواج لظروف خارجة عن إرادته، الرغبة فى الزواج الآن مع عدم إمكان تحقيقه، نقص الجاذبية، عدم إمكان لفت أنظار الجنس الآخر، الاستغراق فى حكاية النكت الجنسية، الاستغراق فى قراءة الكتب الجنسية، القلق بخصوص العادة السرية، الاستسلام بسهولة للإغراء والتورط فى خبرات جنسية والشعور بالإثم، السلوك الجنسى المنحرف، كثرة السؤال «متى وكيف سنتزوج»؟ نقص الإرشاد الزواجى.

المشكلات الدينية والأخلاقية: الحيرة بخصوص الحياة والموت وما بعدها، الخوف من الموت، الحيرة بخصوص المعتقدات، الشك الدينى، الضلال وعدم إقامة الشعائر الدينية، عدم التمسك بالتعاليم الدينية، عدم احترام القيم الأخلاقية، عدم معرفة المعايير التى تحدد الحلال والحرام والصواب

والخطأ، الصراع بين المحافظة والتحرر، الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، القلق بخصوص التعصب الدينى، القلق بخصوص عدم التسامح، القلق بخصوص الإصلاح الواجب، التطرف الدينى، نقص الإرشاد الدينى.

مشكلات أخرى: مشكلة الاغتراب، ونقص النشاط الاجتماعى، وعدم كفاية مراكز رعاية الشباب والنوادى الرياضية.

الوقاية من مشكلات الشباب:

لا جدال فى أن وقاية الشباب من الوقوع فى المشكلات خير من (وتغنى عن) العلاج ولذلك يجب مراعاة تنفيذ الواجبات التربوية. ونذكر منها هنا ـ على سبيل المثال لا الحصر ـ ضرورة بذل الجهود لتهيئة البيئة الصالحة التى ينمو فيها الشاب، وإتاحة المناخ النفسى لنمو الشخصية السوية، وضرب المثل الصالح والقدوة الحسنة أمام الشباب ومساعدة الشباب على فهم نفسه وتقبل ذاته وتقبل التغيرات التى تطرأ فى مرحلة الشباب، وتحسين علاقة المراهق بأسرته ومعهده العلمى وأقرانه، وتحمل المسئولية بخصوص تنمية مفهوم موجب للذات لدى الشباب والاهتمام بالإرشاد العلاجى والتربوى والمهنى والأسرى والزواجى وإرشاد الشباب وخاصة فى المدارس الإعدادية والثانوية والجامعات.

علاج مشكلات الشباب:

تحتاج مشكلات الشباب فى الحياة اليومية إلى بذل كل جهد مخلص لعلاجها حتى يتحقق لشبابنا أفضل مستوى من النمو النفسى والصحة النفسية.

وفيما يلى أهم التوصيات لعلاج مشكلات الشباب:

العلاج النفسى: ويشمل اكتشاف المشكلات العامة التى يعانى منها الشباب ومعرفة أسبابها والعمل على إزالة هذه الأسباب أو التخفيف من حدتها، والقضاء على أعراض المشكلات، والاستعانة بالأخصائيين النفسيين والاجتماعيين واستشارتهم ضمانا لنجاح علاج مشكلات الشباب، وعلاج مخاوف الشباب والاضطرابات العصبية التى يعانون منها وكل ما ينغص حياتهم الانفعالية، وعدم نقد الشاب أو السخرية منه، وتوجيه الشباب إلى التعود على نسيان الإساءة بسرعة واستخدام النشاط المتولد عن الغضب فى عمل ناجح، واستخدام العواطف بحكمة.

الإرشاد النفسى: ويتضمن إرشاد الشباب علاجيا وتربويا وأسريا مع مراعاة اللياقة وحسن المدخل، وإرشاد الوالدين وتعريفهم بمرحلة الشباب ومطالب النمو فيها ودورهم فى تحقيقها وضرورة مراعاة الفروق الفردية بين الشباب، وأن الأولاد يطلبون دائما ما هومعقول ويناسب مرحلة نموهم، وأنهم لا يرغبون فى شىء قدر رغبتهم فى العمل على إرضاء والديهم، وأنه كثيرا ما يسىء الأولاد فهم اتجاهات الوالدين نحو بعض المشكلات، وأن الأولاد يرغبون دائما فى معرفة أسباب الأعمال

التى يطلب منهم القيام بها. ويجب إعداد برامج منظمة لخدمات الإرشاد النفسى بالمدرسة، وأن يحقق المناخ الدراسى التوافق النفسى للشباب، مع ضرورة مقابلة الدراسة لمشكلات وحاجات الشباب، وتيسير الحصول على المواد التى تساعد على الدراسة والنجاح الدراسى والتخطيط الذكى للمستقبل، ومناقشة أساليب الاستذكار والتحصيل مع الطلاب، وإعادة النظر فى نظم الامتحانات الحالية وتفادى عيوبها. ويجب مساعدة المراهق على أن يكون فكرة دقيقة عن قدراته واستغلالها إلى أقصى حد ممكن وإدراك أن القدرة العقلية ليست سوى عامل واحد فى النجاح الدراسى أو المهنى، والمساعدة فى تحسين اتجاهات الشباب نحو المدرسة والمدرسين، والتعاون الكامل مع الأسرة لعلاج المشكلات المشتركة بين المنزل والمدرسة أو الجامعة، ومساعدة الشباب فى الإعداد لمستوى أرقى من التعليم واستمرار الثقافة العامة. كذلك يجب مساعدة الشباب فى الإرشاد المهنى والإعداد للمهنة، وإدراك الفرص المتاحة بالفعل فى ميدان العمل، ومدهم بأدق المعلومات المهنية، ومساعدتهم فى إدراك قيمة جميع أنواع العمل وأهميتها.

العلاج البيئى: ويتضمن ذلك المساعدة فى عملية التطبيع الاجتماعى وتعليم المعايير السلوكية الاجتماعية السليمة والسلوك الاجتماعى السوى والمهارات الاجتماعية والقواعد الأخلاقية، وتهيئة الفرص لعقد ندوات للمناقشات الجماعية حول مشكلات الشباب وشغل أوقات فراغ الشباب بطريقة مفيدة مدروسة واستغلال الميول والهوايات، ومساعدة الشباب فى اختيار الأصدقاء على ألا يكونوا منحرفين. ويجب كذلك الاهتمام بالتربية الجنسيةالعلمية للشباب ومساعدتهم على تقبل النموالجنسى والسعادة والفخر بالنضج الجنسى وتقبل ذلك قبولا حسنا، والحرص بخصوص المثيرات والأفلام الجنسية، والتوجيه اللازم بخصوص الزواج وإمداد الشباب بالحقائق عن الحياة الأسرية ومسئولياتها. ويجب توجيه عناية خاصة إلى التربية الدينية للشباب وتوجيههم إلى ممارسة الشعائر الدينية وتعليم المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية ونمو الضمير والضبط الذاتى للسلوك، ومساعدة الشباب فى تكوين فلسفة ناضجة للحياة والعمل على تحقيقها بمهارة و دبلوماسية حتى يتحقق النجاح فى الحياة بصفة عامة.

العلاج الطبى: ويشمل مساعدة الشباب على أن يتعلموا الشىء الكثيرعن أجسامهم ومشكلات النمو الجسمى وكيفية علاجها، وتوفير الرعاية الصحية، وتشجيع الشباب على أن يتناولوا غذاء مناسبا متوازيا، وتشجيعهم على أن يعرضوا أنفسهم للفحص الطبى الدورى وعلاج مايحتاج إلى علاج أولا بأول وفى الوقت المناسب.

الانحرافات الجنسية

SEXUAL DEVIATIONS

تعرف أيضا باسم «**الأمراض الجنسية**» Psychopathia Sexualis. ويلاحظ أنه في السلوك الجنسى بصفة عامة والمشكلات الجنسية بصفة خاصة، من الصعب وضع خط فاصل بين الانحراف أو الشذوذ وبين مايدخل فى نطاق العادى أكثر من أى جانب من جوانب السلوك البشرى. فمثلا هناك بعض أشكال السلوك الجنسى قبل الجماع أو المداعبة الجنسية العادية قد تصبح غير عادية إذا أصبحت هدفا فى حد ذاتها. والاتجاهات الثقافية بخصوص الأمور الجنسية تتغير، وبالتالى فما يعتبر شاذا وغير عادى اليوم أو في موقف معين قد يعتبر عاديا غدا أو في موقف آخر[١].

ويعرض على المعالج النفسى كثير من المشكلات والانحرافات الجنسية التى تسبب الشعور بالذنب والخطيئة أو الخوف أو القلق لدى العميل. والانحرافات الجنسية تعتبر مشكلات نفسية وشخصية واجتماعية وشرعية وقانونية.

ويقول البعض إن المشكلات الجنسية **هى أساس كل مشكلات السلوك الأخرى**. (انظر عبدالعزيز القوصى، ١٩٦٩).

ويقول دوجلاس توم (١٩٦٨) إن كثيرا من أشكال الصراع النفسى وأنواع الشذوذ التى نجدها فى الكبار وفى الصغار على السواء ترجع مباشرة إلى المواقف أو الخبرات السيئة فى الأمور الجنسية. وليس هناك طول العمر من قوة في الدنيا وفى الحياة الفعلية بأجمعها أكثر من تلك القوة إلحاحا فى سبيل الظهور على أى شكل من الأشكال، كما أنه ليس هناك أية قوة غيرها تلقى من عنت الجماعة والأسرة والفرد فى التضييق على حريتها وإحاطتها بالقيود قدر ماتلقى الأمور الجنسية من عنت وتقييد.

والانحراف الجنسى هو سلوك جنسى شاذ، قد يكون اضطرابا فى حد ذاته، أو عرضا لمرض عصابى أو ذهانى.

تصنيف الانحرافات الجنسية:

تصنف الانحرافات الجنسية على النحو التالى:

* **حسب الموضوع**: جنسية غيرية، جنسية ذاتية، جنسية مثلية، جنسية طفلية، جنسية حيوانية.
* **حسب التعبير**: جنسية فمية، جنسية شرجية، جنسية ماسوكية، احتكاك جنسى، تلصص جنسى، استعراض جنسى.

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى الانحرافات الجنسية مايلى:

- Archives of Sexual Behavior.
- Journal of Homosexuality.
- Journal of Sex and Marital Therapy.
- Journal of Sex Research.
- Sexuality and Disability.

* **مزيج من الاثنين**: جنسية غيرية فمية، جنسية غيرية شرجية، جنسية مثلية شرجية، جنسية سادية غيرية، جنسية سادية مثلية.

مدى حدوث الانحرافات الجنسية:

العلاقة الجنسية هي أكثر صور العلاقات الشخصية خصوصية وسرية، والسلوك الجنسي عادة مايلقي ضوءا على مشكلات أخرى وعلى بقية جوانب ومشكلات سوء التوافق، وفي نفس الوقت كثيرا ما يتغاضى المريض عن ذكر المشكلات الجنسية صراحة ويحاول اللف والدوران متلمسا مشكلات أخرى تكمن وراءها الانحرافات الجنسية.

وعلى العموم فإن الانحرافات الجنسية شائعة الانتشار، وتكثر بين الذكور عنها بين الإناث. وتصل الانحرافات الجنسية إلى أقصاها بين الخامسة عشرة والخامسة والعشرين من العمر. (محمود حمودة، ١٩٩٠).

أسباب الانحرافات الجنسية:

تتعدد أسباب الانحرافات الجنسية ومنها:

الأسباب الحيوية: وتشمل الاضطرابات الفسيولوجية مثل خلل الجهاز العصبي الذاتي والاضطراب العصبي، وخلل الجهاز التناسلي، واختلال إفرازات الغدد، والبكور الجنسي أو تأخر البلوغ، والعقم، ونقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية، والبلوغ الجنسي وما يصاحبه من سوء توافق ونقص في المعلومات والانزعاج والقلق والمخاوف، ونقص التربية الجنسية أو انعدامها، والعنوسة، والحرمان الجنسي رغم الزواج، وعدم الإشباع الجنسي، والحمل غير المرغوب فيه، وعدم الرغبة في الحمل، والخوف من الأمراض التناسلية، والاضطرابات الوراثية، والاضطرابات الولادية مثل الخنوثة وتغلب عضو جنسي على الآخر، والأمراض المعدية مثل الزهري والسيلان والإيدز وأمراض النساء، وأمراض المخ، والأمراض العقلية، وموانع الاتصال الجنسي الطبيعي، والإصابات والعاهات والتشوهات الخلقية، والشذوذ التشريحي. وهناك أسباب حيوية أخرى مثل الضعف الجسمي العام، ونقص الطاقة الجنسية أو زيادة الطاقة الجنسية.

الأسباب النفسية: مثل الصراع بين الدوافع والغرائز وبين المعايير الاجتماعية والقيم الخلقية وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسي، وتضخم الهو وضمور الأنا الأعلى وضعف الأنا، والإحباط الجنسي، وخواف الجنس، واضطراب النمو النفسي الجنسي، وعدم تقبل الجنس، والتثبيت على مرحلة سابقة، وعدم النضج الانفعالي والكبت وإخفاق الكبت، واستحالة الإعلاء، والنكوص الانفعالي، والتقمص العكسي، والخبرات السيئة والصادمة، والخبرات الجنسية في الطفولة، وجرعات الخبرات الجنسية الزائدة في المراهقة، والعدوان اللاشعوري، والسيكوباتية، والعادات غير الصحية مثل التهور والإدمان والاعتماد على بدائل، وضعف الإرادة، والشعور بعدم الكفاءة الجنسية. يضاف إلى ذلك العقد النفسية غير المحلولة مثل عقدة أوديب وعقدة إليكترا وعقدة الخصاء وعقد البغاء (خلل حل عقدة إليكترا، والهروب من الأب المخادع إلى أحضان الآخرين)، والاشتراط غير السوي للسلوك الجنسي. وفي بعض الأحيان يكون الضعف العقلي من أهم الأسباب. ومن الأسباب أيضا الشعور بنقص اللذة والسعادة في الحياة مما يدفع الفرد إلى الجنس كمصدر للذة والسعادة.

الأسباب البيئية: وأهمها الحضارة والثقافة المريضة، واضطراب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمدرسة وفى المجتمع، والإعلام الخاطىء، والصحبة السيئة، وضعف المعايير، وانتشار تجارة الجنس، وطول البقاء فى مؤسسات داخلية من نفس الجنس (كما فى السجون والجيوش مثلا[١])، وسوء الأحوال الاقتصادية، وكثرة المحرمات والمحظورات، ووفرة المثيرات الجنسية، والضلال [٢]، والزواج الفاشل، والانفصال والطلاق والترمل.

أعراض الانحرافات الجنسية:

قد تكون الانحرافات الجنسية مشكلة محددة نسبيا فى شخص عادى، وقد تكون مجرد أعراض مرض نفسى عصابى أو ذهانى. ويتصف السلوك الجنسى هنا بأنه يسعى للوصول إلى الإشباع الجنسى والحصول عليه بطرق شاذة ومنحرفة غير تلك الطرق المقبولة العادية وهى الجماع المشروع مع الجنس الآخر. وفيما يلى أهم أعراض الانحرافات الجنسية:

نحو نفس الجنس: الجنسية المثلية (اللواط أو السحاق، أى الانجذاب الجنسى نحو و/ أو النشاط الجنسى مع شريك من نفس الجنس). وقد تكون عامة أو موقفية (كما فى حالة المساجين والبحارة والسكن الداخلى)، وقد تكون موجبة أو سالبة أو متبادلة.

نحو موضوعات مادية: الأثرية أو الفتيشية (التعلق الجنسى بالأشياء التى يستعملها الجنس الآخر كالللباس أو جزء من جسمه كالشعر مثلا، والإشباع عن طريقها بدلا من الشخص نفسه).

نحو الموصات: البغاء، والاستهتار والاستسلام الجنسيان (لدى الجنسين)(٣).

نحو الذات: النشاط الجنسى الذاتى المفرط (العادة السرية)، واستخدام الأدوات البديلة (الصناعية أو الطبيعية)، والنرجسية (عشق الذات).

انحراف الدرجة: الإفراط الجنسى، والشبقية المرضية (الشهوة المرضية)، والعزوف الذى يصحبه التقزز والاشمئزاز وعدم الرغبة ، والبرود الجنسى (عند المرأة) والعنة (الضعف الجنسى عند الرجل).

مظهرية: الاستعراض أو الاستعراء (فى الأماكن العامة)، والرغبة فى لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم[٤]. (انظر شكل ١٣٨).

إجرائية (تعبيرية): السادية (حب التعذيب للمحبوب)، والماسوكية (حب العذاب من المحبوب)، والاحتكاك الجنسى (الذى يشاهد فى وسائل المواصلات المكتظة)، والجنسية الفمية، والجنسية الشرجية.

---

(١) من أوائل من راعى ذلك فى تسيير الجيوش، الخليفة عمر بن الخطاب حيث كان ينبه بألا تطول غيبة الأزواج فى الغزوات.

(٢) يلاحظ انتشار ترويج الصور والأفلام والشرائط والمجلات الجنسية الفاضحة والتى تشتمل ـ بكل أسف ـ على أوضاع جنسية معظمها منحرفة، ومسئولة عن كثير من الانحرافات الجنسية التى أصبحت منتشرة الآن، ويجب محاربتها والقضاء عليها.

(٣) يقال إن البغاء وتجارة الرقيق الأبيض من أقدم المهن.

(٤) قال رسول الله ﷺ: «لعن الله المتشبهين من الرجال بالنساء والمتشبهات من النساء بالرجال».

إجرامية: الاغتصاب، وهتك العرض، وجماع الأطفال والشيوخ وضعاف العقول.

حيوانية: جماع الحيوان (وهذا شائع فى الريف والبدو).

نادرة: جماع المحارم[1]، وجماع الموتى.

أخرى: الإباحية الجنسية، والفرجة الجنسية أو التطلع (الجسم العارى أو العملية الجنسية)، والمنع المرضى، والعصاب الجنسى (عند المرأة التى تستثار جنسيا ولا يتم إشباعها)، والاكتفاء بالصور والمؤلفات الجنسية، والفحش الجنسى (الكتابة والرسم الجنسى خاصة فى دورات المياه والأماكن العامة).



شكل (١٣٨) لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم «رجل يتشبه بامرأة»

علاج الانحرافات الجنسية:

يحتاج علاج الانحرافات الجنسية إلى حرص تام ومهارة فائقة من جانب المعالج. وربما تكون هناك بعض الصعوبات أمام المعالج منها أن الانحراف الجنسى يشتق منه المنحرف لذة شعورية وأن الانحراف الجنسى أمر محرج يحجم الكثيرون عن عرضه على المعالجين. ويكون العلاج ناجحا فى حالة توافر الدافع لدى المريض نحو العلاج.

وحديثا أصبح **«العلاج الجنسى»** Sex Therapy علاج رئيسى يستخدم فى علاج الانحرافات الجنسية، خاصة منذ أن ظهرت كتب وليام ماسترز Masters وفيرجينيا جونسون Johnson فى سنة ١٩٦٦، و سنة ١٩٧٠ عن دراساتهما وبحوثهما المعملية عن السلوك الجنسى للإنسان، ومنذ أن ظهر تقريرى شيرهايت Hite، ١٩٧٦، ١٩٨١ عن الجنسية الأنثوية، وعن الجنسية الذكرية، و يعتمد العلاج الجنسى أساساً على أساليب وفنيات العلاج السلوكى.



شكل (١٣٩) وليام ماسترز، وفيرجينيا جونسون

(١) قال الله تعالى: ﴿حرمت عليكم أمهاتكم وبناتكم وأخواتكم وعماتكم وخالاتكم وبنات الأخ وبنات الأخت وأمهاتكم اللاتى أرضعنكم وأخواتكم من الرضاعة، وأمهات نسائكم وربائبكم اللاتى فى حجوركم من نسائكم اللاتى دخلتم بهن فإن لم تكونوا دخلتم بهن فلا جناح عليكم وحلائل أبنائكم الذين من أصلابكم وأن تجمعوا بين الأختين إلا ماقد سلف، إن الله كان غفورا رحيما﴾ (سورة النساء: آية ٢٣).

وفيما يلي أهم توصيات علاج الانحرافات الجنسية[١]:

العلاج النفسي: خاصة التحليل النفسي والعلاج الجماعي والمساندة الانفعالية والشرح والتفسير والإقناع وعلاج القلق والخوف والاكتئاب وتوهم المرض، والإرشاد النفسي والدفع إلى التحكم في النفس وضبطها واشتقاق اللذة من ذلك، وإيضاح الأضرار النفسية للانحراف والشذوذ الجنسي، وعلاج الشخصية ككل، وعلاج كل الأسباب النفسية وخاصة أسباب عدم السعادة، وتنمية الشخصية نحو النضج. ويفيد هنا العلاج السلوكي (الإشراط السلبي للمثيرات الجنسية للسلوك غير المرغوب بخبرة غير سارة كالقيء أو أي خبرة سيئة أخرى والإشراط الإيجابي للمثيرات الجنسية السوية بخبرة سارة). (سميث Smith، ١٩٦٨).

إرشاد الشباب والأزواج: بخصوص الزواج وشرح الحقائق الحيوية، وإثارة الرغبة في العلاج وتأكيد أهمية الإرادة في العملية العلاجية، وتكوين اتجاهات جديدة أحسن لدى الفرد نحو نفسه ونحو مشكلته، والتركيز بصفة خاصة على تحذير الفرد من أخطار الانحراف الجنسي تحذيرا مبنيا على أسباب علمية لا على مجرد الخوف، وتشجيع فكرة ادخار واستثمار الطاقة وتأكيد قوة الإرادة وتفوقها على قوة الغريزة. ويجب الاهتمام بالارشاد الديني، والتربية الدينية والتربية الخلقية، والتربية الجنسية السليمة[٢].

العلاج البيئي: التغيير والتعديل والضبط البيئي، وتحسين العلاقات الاجتماعية بصفة عامة، وتشجيع الميول والهوايات العملية، والعلاج بالعمل وتشجيع العمل اليدوي كمصدر للسرور واللذة، والتمتع بالفسحة و الهواء الطلق والترويح.

العلاج الطبي: العلاج بالهورمونات والمقويات أو عقاقير ضبط الدافع الجنسي، والعلاج بالكهرباء الخفيفة أحيانا، ومضادات الاكتئاب... إلخ.

---

(١) يوجه دوجلاس توم (١٩٦٨) وصايا عشرا يشير إلى اتباعها في العلاج:
- الاهتمام بالتربية الجنسية وتعليم المعارف الجنسية مبكرا، وبكل دقة وصراحة تتناسب مع إدراك الطفل.
- تهدئة مخاوف الأطفال، والإيمان بأن الخطر الذي يهدد صحة الطفل الجسمية والنفسية نتيجة لسوء العلاج أكثر من خطر السلوك المنحرف نفسه.
- فهم الطفل ومعرفته والتأكد مما إذا كان يلجأ الى السلوك المنحرف كوسيلة للتخفيف من البؤس والشقاء.
- جمع أدق المعلومات عمن يكون الطفل على صلات وثيقة بهم.
- فحص الطفل فحصا جسميا دقيقا شاملا للوقوف على أي سبب يثير التهييج.
- العمل على نظافة الطفل نظافة تامة.
- تجنب الإسراف في العناق والتقبيل وغير ذلك من الأفعال التي تثير أحاسيس الطفل الجنسية.
- شغل وقت فراغ الطفل بالمفيد من أوجه النشاط.
- عدم اللجوء إلى التهديد أو العقاب أو إلى إثارة انفعالات الطفل كي يتغلب على مشكلات سلوكه.
- تذكر أن معظم الأفراد يمرون بمثل هذه الانحرافات بدرجة أو بأخرى وبصورة أو بأخرى.

(٢) التربية الجنسية هي ذلك النوع من التربية التي تمد الفرد بالمعلومات العلمية والخبرات الصالحة والاتجاهات السليمة إزاء المسائل الجنسية، بقدر ما يسمح به نموه الجسمي والفسيولوجي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، وفي إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية السائدة في المجتمع، مما يؤهله لحسن التوافق في المواقف الجنسية ومواجهة مشكلاته الجنسية في الحاضر والمستقبل مواجهة واقعية تؤدي إلى الصحة النفسية. (حامد زهران، ١٩٩٠).

المشكلات الزواجية

MARITAL PROBLEMS

الزواج سنة حميدة منذ أيام أبينا آدم وأمنا حواء عليهما السلام. والحياة الزواجية سكن وأمن ومودة ورحمة. ويتضمن الزواج اختيار الزوج والاستعداد للحياة الزواجية والدخول فيها والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزواجي وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل الزواج أو أثناءه أو بعده.

وقد تكون المشكلات الزواجية بسيطة يقتصر أثرها على تنغيص الحياة الزواجية، وقد تكون كبيرة يصل أثرها إلى تقويض الحياة الزواجية(١).

أسباب المشكلات الزواجية:

تتعدد أسباب المشكلات الزواجية وأهمها مايلي:

الأسباب الحيوية: وتشمل اختلاف الزوجين حيويا كما في اختلاف العامل الريزيسي - Rh Factor في الدم، وعدم التكافؤ الجنسي والبرود والعجز الجنسي، والعقم، وسن القعود، والشيخوخة.

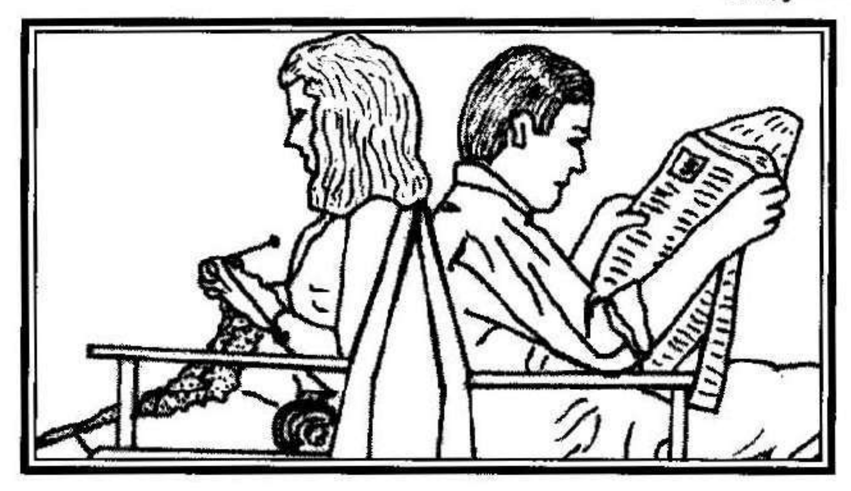
الأسباب النفسية: ومنها الخبرات العاصفة الأليمة نتيجة لفشل حب أو خطوبة أو زواج سريع سابق فاشل، أو صدمة عاطفية، أو فقد ثقة معممة على الجنس الآخر كله، والحرمان الجنسي (رغم الزواج) والملل والروتينية، والتعود على السلوك الجنسي الشاذ، والخوف من الوحدة والعزلة كما في حالات الطلاق والترمل، وزواج المراهقين ممن لم تنضج شخصياتهم بعد، وعدم القدرة على تحمل المسئولية.

الأسباب البيئية: وهي كثيرة جدا ومنها العادات والتقاليد مثل زواج الأقارب وزواج البدل، ووجود أفكار خاطئة أو خرافية لا أساس لها من الصحة، وتأخير الزواج حتى تزويج الأخوات، والانشغال أو الاستغراق في عمل أو فن، أو الاشتغال بمهن يخشى معها عدم نجاح أو استقرار الزواج كما في حالة البحارة والمضيفين والمضيفات، والتخوف مما يرى من زيجات فاشلة، واتخاذ صورة مثالية غير واقعية يعيش الفرد آملا في تحقيقها حتى يفوته القطار مثلا، والمغالاة في المهور وتكاليف الزواج ومشكلات السكن، وعدم التوفيق في اختيار الزوج، والعنوسة، والإحجام والإضراب عن الزواج والتفاوت وعدم التكافؤ بين الزوجين ، والاختلاط الزائد والتجارب قبل الزواج، واضطراب العلاقات الزواجية، والتعرض لأسباب الغواية، وحب المغامرة والتجريب، والشك

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في المشكلات الزواجية ما يلي:

- Journal of Marriage and the Family.
- Journal of Marriage and Family Counseling.
- Journal of Sex and Marital Therapy.
- Marriage Counseling.

وسوء التفاهم وسوء المعاملة والشجار الدائم، والطلاق، والترمل والعزوبة بعد الزواج، والزواج من جديد ، والزواج المتسرع، وزواج الشوارع، والزواج الجبرى، وزواج المبادلة، وزواج الغرض، والزواج القائم على الغش، والزواج العرفي، والأم غير المتزوجة والأب غير المتزوج، والاتجاهات السالبة نحو الزواج، ونقص التربية الجنسية، ومشكلات الزوجة العاملة، ومشكلات تنظيم النسل، وتدخل الحماة والأقارب فى الحياة الزواجية، وتعدد الزوجات ، والخيانات الزوجية، ونقص الأخلاق والدين، وسجن أحد الزوجين.



شكل (١٤٠) تعبير عن وجود مشكلات زواجية

أهم المشكلات الزواجية:

يعجب كليمر Klemer (١٩٦٥)، لما حدث للزيجات وما كثر فيها من مشكلات عامة، ومشكلات قبل الزواج، وأثناءه (بعد الدخول)، وبعد إنهائه.

وفيما يلي أهم المشكلات الزواجية[1]: (انظر حامد زهران، ١٩٨٠).

مشكلات قبل الزواج: ومنها مشكلة اختيار الزوج (عن طريق الصدفة الخاطئة أو الاستجابة لأول طارق نتيجة لتأخر الزواج وتكدس العذارى وغير المتزوجات)، والعنوسة (بالنسبة للإناث وتأخر الزواج بالنسبة للذكور) وما يرافق ذلك من قلق الانتظار والخوف من البوار ومن المستقبل)، وتزويج الأخت الأصغر قبل الأخت الأكبر العانس أو المرشحة لتصبح عانسا (وما يصاحب ذلك من غيرة وفقدان الثقة فى النفس)، والإحجام والإضراب عن الزواج (وما فيه من ضرر للفرد والمجتمع، وما يصاحبه عادة من شعور بالوحدة والانطواء والسلوك المنحرف)، والتفاوت وعدم التكافؤ بين

(١) يلاحظ أن معظم مشكلات الزواج تعتبر أيضا أسبابا لمشكلات زواجية أخرى، أى أن الأعراض تكون أسبابا والأسباب تكون أعراضا.

الزوجين (في الشخصية، أو في العمر، أو في المستوى الاجتماعي الاقتصادي، أو في المستوى الثقافي أو في الدين، أو في الجنسية أو في النواحي الحيوية مثل اختلاف العامل الريزيسي Rh-factor في الدم كأن يكون أحدهما موجبا والآخر سالبا [١] (وما يصاحب ذلك من معايرة أو تعال أو شعور بالنقص لدى أحد الطرفين أو مخاطر تهدد النسل)، والاختلاط الزائد والتجارب قبل الزواج (وما يصاحب ذلك من سلوك محرم وكذب وتورط وشك متبادل وخيانة للأهل والضمير).

مشكلات أثناء الزواج (بعد الدخول): ومنها مشكلات تنظيم النسل (وما قد يصاحبه من خلافات حول مداه ومدته وما يرافقه من اضطرابات نفسية جنسية وردود فعل عصابية)، والعقم (وما يصاحبه من اتهام كل طرف رفيقه بأنه هو السبب، واللجوء إلى الدجالين والمشعوذين، والانفصال أو تعدد الزوجات، وشعور العاقر بالإحباط والحرمان والحسرة والحقد وتوتر الأعصاب)، وتدخل الحماة والأقارب (وما يصاحبه من مشاعر الأسى والغيرة والخصومة والمكيدة)، وتعدد الزوجات (وما يصاحبه من إرهاق وتشتت وعدم استقرار وظلم وتصارع وتسابق وغيرة ومكيدة)، واضطراب العلاقات الزوجية (مثل الليونة أو القسوة الزائدة والهجران والغيرة الشديدة والطلاق الانفعالي)، والمشكلات الجنسية (مثل الممارسات الشاذة وعدم التكافؤ والإفراط والضعف ومشكلات سن القعود وسن الشيخوخة)، والخيانات الزوجية (وما يصاحبها من شك وطلاق).

مشكلات بعد إنهاء الزواج: مثل الطلاق (وما يصاحبه من مشكلات الأطفال والنفقة... إلخ)، والترمل والعزوبة بعد الزواج (وما يصاحبه من صعوبة التوافق والوحدة والقلق والهم والخوف والاضطرار للعمل لكسب العيش، أو التقوقع في البيت والحاجة إلى مساعدة الآخرين والاضطرار للمعيشة مع الأولاد المتزوجين أو المتزوجات معيشة الضيف، والخلافات والمشكلات نتيجة التدخل، وتنكر الأصدقاء وخاصة النساء اللائي يخشين أن تخطف الأرملة زوج إحداهن أو تغريه، وتنكر أفراد أسرة الزوج المتوفى للأرمل أو حدوث خلافات بسبب الميراث والأولاد)، والزواج من جديد (وما يصاحبه من بقاء آثار للزواج السابق، ومشكلات الأولاد من الزواج السابق).

مشكلات عامة في الزواج: مثل الزواج غير الناضج (كما في حالات زواج المراهقين ممن لم تنضج شخصياتهم اجتماعيا وانفعاليا، وما يصاحبه من تهديد خطير للحياة الزوجية)، والزواج المتسرع (وما يصاحبه من أسى وندم بعد «وقوع الفاس في الراس»)، وزواج الشوارع (وما يصاحبه من تهديد بالفشل في أي وقت)، والزواج الجبري (وما يتهدده من شقاء)، وزواج المبادلة (وما يحتمل فيه من مقارنات وأسى ومشكلات متبادلة من باب الثأر)، وزواج الغرض (وما يسوده عادة من جفاء وتخاصم وتشاحن وحقد وانتقام)، والزواج القائم على الغش (واحتمال معرفة الحقيقة يوما ما

(١) انظر حامد زهران (١٩٩٠).

فتحدث كارثة)، والزواج العرفى (وما يصاحبه من احتمال ضياع الحقوق الشرعية، وعدم الثقة المتبادلة، والشعور بالتحايل على الشرع والقانون والتهرب من كشف السر على زوج آخر)، والأم غير المتزوجة والأب غير المتزوج (وما يصاحب ذلك من مشكلات الطفل غير الشرعى وإيداعه في مؤسسة أو ملجأ أو أسرة بديلة أو الاحتفاظ به كذكرى دائمة للجريمة، والزواج الصوري المؤقت المحكوم عليه بالفشل، وانتقام الأهل واستنكار المجتمع وترك المدرسة أو العمل)، والاتجاهات السالبة والأفكار الخاطئة (وما يصاحبها من مشكلات تتفرع عنها)، ونقص التربية الجنسية (وما يصاحبها من الوقوع في التجريب أو الخبرات الحقيقية والشعور بالاشمئزاز والإثم والخوف والقلق والاستغراق في أحلام اليقظة والانحراف الجنسى والاضطراب النفسى)، ومشكلات عامة أخرى (مثل الاضطراب النفسى لأحد الزوجين أوكليهما، والزواج المؤقت أو زواج المحلل، والزواج بالمقاصة أى الزواج كسداد لدين مادى، وحالات ترك العصمة فى يد الزوجة... إلخ).

هذا، وتتعدد محاور المشكلات الزواجية وتترابط مع بعضها ارتباطا موجبا. وتحدد إجلال سرى (١٩٨٢) أهم محاور المشكلات الزواجية ـ كما سبق ذكرها ـ على النحو التالى:

* مشكلات تتعلق بالزوج.
* مشكلات تتعلق بالزوجة.
* مشكلات تتعلق بالزوجين معا.
* مشكلات تتعلق بالأولاد.
* مشكلات تتعلق بالأهل.
* مشكلات تتعلق بالعمل.
* مشكلات وقت الفراغ.
* مشكلات ترتبط بالتقدم فى العمر.
* مشكلات الحياة الجنسية.
* مشكلات روتينية الحياة الزواجية.
* مشكلات ترتبط بالأمراض النفسية لدى أحد الزوجين.
* مشكلات تتعلق بالأمور المادية.
* مشكلات دينية وأخلاقية.

الوقاية من المشكلات الزواجية:

يجب اتخاذ الإجراءات الوقائية حتى لا تقع المشكلات الزواجية، **ومن أهم الإجراءات الوقائية**: الاهتمام بإنشاء مراكز الإرشاد الزواجي حيث تقدم خدمات الإرشاد الزواجى العلمى على يد المختصين لضمان حسن الاختيار الزواجى واتخاذ القرار الحكيم وتجنب الوقوع فى أخطاء الاختيار المتسرع أو غير الناضج... إلخ، ودراسة شخصية زوجى المستقبل بحث تكونان متقاربتين

جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا، وإجراء الفحوص الطبية الشاملة للطرفين قبل الزواج، ومد نظر الزوجين إلى المستقبل.(١)

ويرى بعض الكتاب مثل روبرت بيل Bell(١٩٧٥)، ويزلي بور Burr(١٩٧٦) أن أفضل ما يقي الزواج ويضمن له النجاح هو أن يبنى على مبادئ استعداد واختيار واتصال وتفاعل وحب وتكامل أدوار. (انظر أيضا: سناء الخولي، ١٩٧٩).

علاج المشكلات الزواجية:

تتلخص أهم ملامح علاج المشكلات الزواجية فيما يلي: (انظر: السيد الجميلي، ١٩٨٣، محمد عثمان الخشت، ١٩٨٤)

العلاج النفسي: ويتناول علاج الأسباب النفسية سابقة الذكر، وتنمية الثقة في النفس واستعادة الثقة والتوازن والتوافق، وتعديل أنماط السلوك الزواجي المنحرف باستخدام الطرق المناسبة مثل العلاج السلوكي وغيرها. والقضاء على أنواع المخاوف والقلق والصراع والحرمان، والإحباط والشك في الحياة الزواجية، وحل المشكلات الحالية وإعادة التفاهم، وتيسير الحقائق الصحيحة نفسيا، والعلاج النفسي لحالات العقم الوظيفي (نفسي المنشأ)، والعلاج الديني النفسي و تنمية الضمير الحي وخشية الله تجاه السلوك والتصرف الخاطيء في الحياة الزواجية.

الإرشاد ا لزواجي: وتحقيق التوافق والاستقرار والسعادة و تقديم خدمات الإرشاد الزواجي لتناول المشكلات قبله و أثناءه وبعد إنهائه والمشكلات العامة. ويرى معظم المرشدين أن يكون الطرفان معا في جلسة قصيرة ثم تتم جلسات فردية مع كل منهما ثم تختتم الجلسات في حضور الطرفين. (حامد زهران، ١٩٨٠).

العلاج البيئي: ويشمل علاج الأسباب الاجتماعية للمشكلات الزواجية وهي كثيرة كما رأينا، وتصحيح كل ما يتعلق بشخصيتي الخطيبين والزوجين من الناحية الاجتماعية وأسرتيهما والعلاقات الاجتماعية وحل المشكلات الاجتماعية، والحث على إبراز أهمية الصدق والصراحة والإخلاص والحب والاحترام والثقة المتبادلة وحسن الصحبة والعشرة ومراعاة الحقوق والقيام بالواجبات والمشاركة في السراء والضراء والمحافظة على الأسرار والمشاعر والكرامة والمعاملة الحسنة، والمساندة في حالات الانفعال والطلاق والترمل بحيث يمنع الانفصال أو الطلاق بقدر الإمكان أو يتم في هدوء دون مشكلات في المحاكم، والعمل على تحقيق التوافق في الزواج الجديد في حالة حدوثه، وتحويل خبرة الانفصال أو الطلاق من خبرة مؤلمة إلى خبرة معلمة بالاستفادة من الأخطاء الماضية، ومساعدة الأرمل

---

(١) من توصيات المؤتمر الذى عقدته الجمعية المصرية للصحة النفسية، تحت مظلة الاتحاد العالمي للصحة النفسية بمناسبة الاحتفال باليوم العالمي للصحة النفسية، وموضوعه"الصحة النفسية للمرأة" يوم ١٠/١٠/١٩٩٦ (بالقاهرة)، ضرورة الاهتمام بصحة المرأة الجسمية والنفسية ونشر مفاهيم الصحة الزواجية والإيجابية والاهتمام بالإرشاد النفسي المبكر للفتيات (والفتيان)، وضرورة الاهتمام بمراكز التوجيه الأسرى للمساهمة في استقرار الأسرة المصرية.

على تعلم المهارات الاجتماعية الجديدة التي تناسب طارىء العزوبة الإجبارية. ويجب الاهتمام بالتربية الجنسية والتزويد بالمعلومات الصحية عن ماهية النشاط الجنسي واكتساب التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية الخاصة بالسلوك الجنسي، وتنمية الضوابط للدافع الجنسي والشعور بالمسئولية الفردية والاجتماعية وتنمية الوعي و الثقافة العلمية والوقائية من أخطار التجارب الجنسية غير المسئولة. كذلك يجب الاهتمام بالتربية الزواجية ضمن عملية التربية والتنشئة الاجتماعية حيث يعرف الأطفال والشباب ما يجب معرفته من حقائق الحياة الزواجية ومطالبها وأصول عملية اختيار الزوج وأصول المعاملة الزواجية إعدادا للشباب لحياة زواجية سليمة.

العلاج الطبي: ويشمل تقديم المعلومات الطبية السليمة وتصحيح المعلومات عن الوراثة والتناسل وتنظيم النسل، والعلاج الطبي لحالات العقم وحالات الضعف الجنسي... إلخ.

مشكلات الشيخوخة

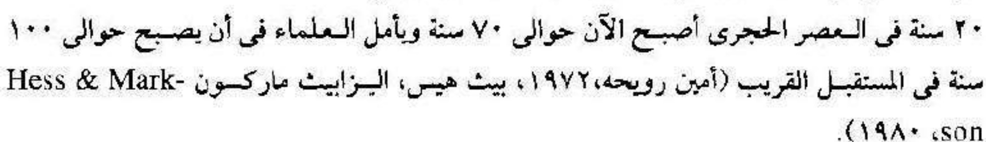
PROBLEMS OF AGEING



شكل (١٤١) الشيخوخة بعد الشباب

الشيخوخة مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة. ومن التغيرات الجسمية «العضوية» الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام(١). ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات والمحافظة وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية(٢). (محمد فخر الإسلام، ١٩٦٧). (انظر شكل ١٤١).

ويزداد عدد الشيوخ المسنين فوق سن الستين بزيادة الحضارة والرعاية الصحية العامة وقائيا وعلاجيا، وقد زاد متوسط عمر الإنسان كثيرا عبر العصور. فبعد أن كان حوالي



٢٠ سنة في العصر الحجري أصبح الآن حوالي ٧٠ سنة ويأمل العلماء في أن يصبح حوالي ١٠٠ سنة في المستقبل القريب (أمين رويحه، ١٩٧٢، بيث هيس، اليزابيث ماركسون Hess & Markson، ١٩٨٠).

---

(١) يقول الله تعالى: ﴿الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير﴾. (سورة الروم آية ٥٤)

(٢) يقول المثل العامي: «من بلغ الستين اشتكى من غير علة».

وفي رواية أخرى: «من بلغ السبعين اشتكى من غير علة».

ويمكن أن تمر مرحلة الشيخوخة فى **توافق وسلام** لو تحققت مطالب النمو فى هذه المرحلة على وجه سليم.

ومن الملامح العامة لمرحلة الشيخوخة أن **علاقة الشيوخ بأولادهم** تظل على النمط الذى كان سائدا بينهم وبين هؤلاء فى منتصف العمر، سوية كانت أو منحرفة. ويقل التصادم بين الآباء والأبناء، إلا أنه قد يزداد بين الأمهات والأبناء خاصة بعد الزواج. وتزداد **علاقة الشيخ بحفدته،** فيهرعون إليه فى أزماتهم ومشكلاتهم. وهكذا يلتقى جيلان جيل الأجداد وجيل الحفدة. ويلاحظ أن هذا اللقاء يكون أكثر تماسكا فى الريف عنه فى المدينة.

ولحسن الحظ فمازالت للشيوخ مكانتهم فى المجتمعات الشرقية والإسلامية. إلا أن **المكانة الاجتماعية** للشيوخ تضعف فى بعض المجتمعات الغربية المعاصرة التى تؤمن بالقوة والسرعة والجاذبية الجنسية، وهى صفات لا تتوافر للشيوخ. ولذلك تقسو الحياة عليهم ويهجرهم أولادهم وتضيق بهم سبل العيش، ويدركون أنهم أصبحوا عالة على المجتمع.

وتزداد **الاتجاهات النفسية الاجتماعية** رسوخا فى مرحلة الشيخوخة ويكون معظم الشيوخ محافظين، ولذا نجد من الصعب تغيير اتجاهاتهم. وأكثر الاتجاهات رسوخا تلك التى تدور حول الموضوعات السياسية والنظم الاجتماعية السائدة. ويزداد التعصب تبعا لزيادة السن. ولذا يتعصب الشيوخ لآرائهم ولماضيهم الذى يمثل بالنسبة لهم القوة والشباب والسرعة والمكانة الاجتماعية وحيوية الكفاح وإيجابية العمل فى حياة الفرد.

إلا أننا نلاحظ أن **التوافق النفسى والاجتماعى** السليم فى مرحلة الشيخوخة يحتاج إلى التوافق مع التقاليد والعادات السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة. وقد يعوق التمسك الجامد بالتقاليد والمهارات من التوافق الاجتماعى عند الشيوخ. ويحتاج التوافق الاجتماعي أيضا إلى التوافق مع الأجيال الأخرى حتى يحقق الشيخ لنفسه التوافق الاجتماعى الضرورى للحياة الهادئة[1].

أسباب مشكلات الشيخوخة:

من أهم أسباب مشكلات الشيخوخة ما يلى:

أسباب حيوية: مثل التدهور والضعف الجسمى والصحى العام كما سبق أن ذكرنا وخاصة تصلب الشرايين... إلخ.

---

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة فى الشيخوخة مايلى:

-Aging and Human Development.
-Aging and Work.
-Experimental Aging Research.
-The Gerontologist.
-International Journal of Aging and Human Development.
-Journal of Geriatric Psychiatry.
-Journal of Gerontology.

أسباب نفسية: مثل الفهم الخاطىء لسيكولوجية الشيخوخة: فقد يفهم بعض الناس أن الشيخوخة معناها أن الشيخ المسن يجب أن يمشى متثاقلا يتأوه مادام قد وهن العظم منه واشتعل الرأس شيبا. كذلك تؤثر الأحداث الأليمة والخبرات الصادمة التى قد تهز كيان الشيخ هزا وتهد شخصيته هدا. ويزيد الطين بلة أن بعض الشيوخ قد يصلون إلى مرحلة الشيخوخة ومازالت شخصياتهم لم يتم نضجها (١).

أسباب بيئية: ومنها التقاعد وما يرتبط به من نقص الدخل وزيادة الفراغ كسبب مرسب للمشكلات النفسية، وخاصة أن الناس يربطون بين التقاعد (عن العمل) وبين التقاعد (الجسمى النفسى)، ويرون أن المسن عديم الفائدة ولا قيمة له، وأن التقاعد معناه اعتزال الشيخ الحياة. ومن الأسباب البيئية كذلك التغير فى الأسرة وترك الأولاد للأسرة بالزواج أو العمل خاصة فى حالة حاجة الشيخ إلى رعاية صحية أو مادية، وتفكك روابط الأسرة الكبيرة وضعف الشعور بالواجب نحو المستين وافتقارهم إلى الرعاية وربما الاحترام وخاصة فى البيئات الصناعية. ومنها أيضا العنوسة والعزوبة حتى سن الشيخوخة وخاصة فى السيدات والإضراب عن الزواج عند بعض الرجال.

أهم مشكلات الشيخوخة:

فيما يلى أهم أشكال مشكلات الشيخوخة:

المشكلات الصحية: المرتبطة بالضعف الصحى العام والضعف الجسمى وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد وترهله والإمساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة أكبر من ذى قبل للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم. وقد يظهر لدى الشيخ توهم المرض وتركيز الاهتمام على الصحة، فالكحة البسيطة قد يبالغ فى القلق بخصوصها، وعسر الهضم أو الصداع قد ينظر إليه على أنه مرض خطير...إلخ.

المشكلات العاطفية: المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التشبث بها. فقد يتزوج الشيخ الميسور من فتاة فى سن بناته، ويتصابى، وإذا ما ضعف جنسيا ألقى اللوم عليها وبدأ يشك فى سلوكها. وكذلك ما أحمق المرأة العجوز المتصابية. وقد يتصرف بعض الشيوخ تصرفات جنسية شاذة، وقد يأتون سلوكا لا يستحسن ولا يوقر شيبهم (٢).(وينبيرج Weinberg، ١٩٦٩، روبرت بوتلر، ميرنا لويس Butler & Lewis، ١٩٧٦).

مشكلة سن القعود: وسن القعود هو ما يعرف عادة باسم سن اليأس. وهو عند المرأة يتعين بمرحلة انقطاع الحيض (فى الحلقة الخامسة من عمرها) وعند الرجل يتعين بالضعف الجنسى الأولى أو الثانوى وتضخم البروستاتا (فى الحلقة السادسة من عمره). ويكون سن القعود مصحوبا فى بعض

(١) يعبر عن ذلك المثل العامى: «شابت لحاهم والعقل لسه ماجاهم».

(٢) يقول المثل العامى: «شايب وعايب».

الأحيان باضطراب نفسي أو عقلي قد يكون ملحوظا أو غير ملحوظ ويكون ذلك في شكل الترهل والسمنة والإمساك والإجهاد والذبول والعصابية والصداع والاكتئاب النفسي و الأرق. وعموما فإن أعراض سن القعود تشاهد في المدينة أكثر منها في الريف ولدى المثقفين أكثر منها لدى غير المثقفين.

مشكلة التقاعد: وتعتبر على رأس المشكلات التي يجب وضعها في الحسبان. فعندما يحل وقت التقاعد ومايصاحبه من زيادة الفراغ ونقص الدخل يشعر الفرد في أعماق نفسه بالقلق على حاضره والخوف من مستقبله مما قد يؤدي به إلى الانهيار العصبي وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد الفجائي أسلوبا جديدا من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه وخاصة إذا لم يتهيأ لهذا التغير، وخاصة إذا شعر وأشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.

ذهان الشيخوخة أو خبل الشيخوخة أوخرف الشيخوخة: وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تمركزا حول ذاته، يميل إلى التذكار وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته بالنسبة للحاضر بينما تظل قوية بالنسبة لخبرات الماضي، وتقل اهتماماته وميوله. ويلاحظ نقص الشهية للطعام، والأرق. وتقل طاقة الشيخ وحيويته، ويصبح غير قادر على المبادأة وغير قادر على التوافق بسهولة، ويشعر بقلة قيمته في الحياة. وهذا يؤدي إلى الاكتئاب والتهيجية وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر والاستهتار الجنسي أحيانا. وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة. ولحسن الحظ فإن نسبة حدوث ذهان الشيخوخة لا تتعدى ٨, ٠ في الألف بالنسبة للنساء، ٦, ٠ في الألف بالنسبة للرجال.

الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة: والشعور أن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده، وما يصاحب ذلك من ضيق وتوتر، وقد يقدم بعضهم على الانتحار. (تالاند Talland، ١٩٦٨).

الشعور بقرب النهاية: فقد يعيش بعض الشيوخ وكأنهم ينتظرون النهاية والقضاء المحتوم ويتحسرون على شبابهم (١)، وقد يعانون قلق الموت. (أحمدعبد الخالق، ١٩٨٧).

---

(١) يقول الشاعر:

بكيت على الشباب بدمع عيني ... فلم يغن البكاء ولا النحيب
ألاليت الشباب يعود يوما ... فأخبره بما فعل المشيب

ومن ديوان الإمام الشافعي:

وعزة عمر المرء قبل مشيبه ... وقد فنيت نفس تولى شبابها
إذا اصفر لون المرء وابيض شعره ... تنغص من أيامه مستطابها

ويقول المثل العامي: «ذكر الشباب حسرة».

الشعور بالعزلة والوحدة النفسية:ويزيد من هذا الشعور لدى الشيخ زواج الأولاد وانشغال الأولاد كل فى حاله وفى عالمه الخاص، وموت الزوج،وتقدم العمر والضعف الجسمى والمرض أحيانا مما يقلل دائرة الاتصال الاجتماعى وتناقص أفراد جيله يوما بعد يوم بالموت. وقد تقتصر العلاقات الاجتماعية للشيخ على أولاده وحفدته وأسباطه. وقد يعيش بعض الشيوخ المسنين فى وحدة قاسية.

اضطراب العلاقات الاجتماعية: وضعف العلاقات بين الشيخ وأصدقائه وانحصارها تدريجيا فى دائرة ضيقة تكاد تقتصر على نطاق الأسرة.

الأنانية: وقد تشاهد عند بعض الشيوخ فيلاحظ ازدياد اهتمام الشيخ بنفسه مثل أنانية الأطفال حيث يريد اهتماما خاصا مستمرا به وبطلباته. وأحيانا تؤدي هذه الأنانية إلى تهديد السعادة الزواجية لأولاده.

التطرف فى نقد سلوك الجيل التالى: وخاصة الأولاد والحفدة ونقد المعايير الاجتماعية. وهذامظهرمن مظاهر صراع الأجيال.

الوقاية من مشكلات الشيخوخة:

فيما يلى أهم الإجراءات الوقائية من مشكلات الشيخوخة:

* يجب أن يقوم الأولاد برد جميل والديهم الشيوخ فى هذه المرحلة من حياتهم (١).
* يجب العمل على رعاية النمو فى كافة مظاهره وفى كل مراحله واضعين فى حسابنا مرحلة الشيخوخة (٢).
* يجب رعاية الصحة الجسمية والاهتمام بالفحص الطبى الدورى للكشف عن أى مشكلة صحية فى بدايتها وعلاجها فى وقت مناسب، مع الاهتمام بالوقاية من الحوادث والتعرض للعدوى والمرض لنقص إمكانات وضعف مقاومة الشيخ.
* يجب رعاية الصحة النفسية والاهتمام بحل مشكلات الشيخ أولا بأول وإشباع حاجاته النفسية. ويجب ألا يقضى الشيخ ما بقى من حياته بعد التقاعد فى الفراش فى بطالة تعطل النشاط الجسمى والعقلى، بل يجب أن يقضى حياته فى نشاط وتفاؤل وأن يعيش شيخوخته بأوسع وأكمل وأصح شيء ممكن. ويجب أن ننظر إلى العمر الزمنى للفرد بحرص شديد، ويجب الاسترشاد بالعمر العقلى والعمر التحصيلى والعمر الفسيولوجى والعمر الانفعالى والعمر الاجتماعى والعمر الجنسى... إلخ، وقد يختلف العمر الزمنى عن كل أو أى من هذه الأعمار

---

(١) قال الله تعالى: ﴿وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما. واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا﴾ (سورة الإسراء: آية ٢٣، ٢٤).

(٢) قال رسول الله ﷺ: «اغتنم خمسا قبل خمس: حياتك قبل موتك، وصحتك قبل سقمك، وفراغك قبل شغلك، وشبابك قبل هرمك، وغناك قبل فقرك».

المعيارية فالشيخوخة لا تحدد بالعمر الزمني. وكثيرا ما نرى شيخا في سن الأربعين وكهلا قويا في سن الثمانين.

* يجب الاهتمام بالتوافق الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية وتوسيع دائرة الصداقات من بين المتكافئين معه سنا وثقافة ومستوى حتى يشتركوا في الاتجاهات والاهتمامات، مع الاهتمام بالهوايات والرياضة ولو رياضة المشي، وذلك أضعف الإيمان. ويجب الاهتمام بالمظهر والملبس والمشية... إلخ.

* يجب تشجيع الشيخ على البحث والاطلاع حتى تبقى ذاكرته حية متنبهة لشئون الحياة، وتشجيعه على تحديد أهداف في المستقبل يسعى لتحقيقها.

* يجب أن تكفل الدولة رعاية الشيوخ الذين قدموا للوطن الكثير في شبابهم بأن ترعى مستواهم الاجتماعي الاقتصادي وأن تكفل لهم الحياة في عزة وكرامة.

* ليكن للشيخ سند ديني لأن في ذلك ضمان سعادته وراحته النفسية (١).

علاج مشكلات الشيخوخة:

وتتلخص أهم ملامح علاج مشكلات الشيخوخة فيما يلي:

العلاج الطبي: علاج الأعراض الطبية المرتبطة بالضعف العام والضعف العضلي والإمساك والاهتمام بالغذاء والنظافة وحث الشيخ على الحركة وعدم كثرة النوم واستخدام المنومات في حالة الأرق واستخدام المهدئات إذا لزم الأمر. ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربائية في حالات الاكتئاب. وينصح بزيادة النشاط والحركة والقيام ببعض الرياضة تجنبا للانهيار الصحي. وينصح بالإقلاع عن التدخين أو على الأقل الإقلال منه.

العلاج النفسي: ويجب أن يهدف إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي وإشباع الحاجات وتحقيق عزة النفس للشيخ وشعوره بالحب وأنه مطلوب وأن أهله في حاجة إليه، وإقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه، ويفيد في ذلك العلاج بالعمل.

إرشاد الشيوخ: علاجيا ومهنيا وأسريا مع الاهتمام بمشكلات وقت الفراغ وتقديم الخدمات الإرشادية المتخصصة وخاصة في مؤسسات رعاية الشيوخ.

العلاج البيئي: وهنا يجب تنمية اهتمامات وميول الشيخ وملء وقت فراغه بوسائل التسلية ودفعه إلى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام. ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفف من متاعب وقت الفراغ. ولتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي يجب الاهتمام

---

(١) يقول الله عزوجل في حديث قدسي: «يا ابن آدم إن الشيب نور من نوري وإني أستحي أن أعذب نوري بناري فاستحي مني».

بالتأهيل النفسي والاجتماعي للشيخ. ويفيد في هذا الصدد إعداد الورش العلاجية والنوادي الدينية والمعسكرات الصيفية... إلخ، وهذه من وظائف الخدمة الاجتماعية الناجحة. (هيكي Hickey، ١٩٦٩). ويجب التوسع في إنشاء مؤسسات لرعاية الشيوخ المسنين لتوفير الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم وطاقاتهم بحيث يمكن لكل منهم الحياة في شيء من الراحة الصحية مع الآخرين. ولقد تطورت الفكرة في بعض الدول المتحضرة والصناعية فأنشأت بيوتا خاصة بالمسنين وتطورت عند بعضها إلى إنشاء أحياء كاملة للشيوخ، وعند البعض الآخر إلى إنشاء مدن جديدة لهم. ويوجد في مصر مثل هذه البيوت والمؤسسات. كذلك يجب التغلب على أزمة التقاعد بالتمهيد العملي والنفسي لها وذلك عن طريق التقاعد التدريجي الذي يبدأ في منتصف العمر بين سن ٥٠ - ٦٠ بانقاص ساعات العمل تدريجيا إلى النصف ثم إلى الثلث ثم إلى الربع ثم ينتهي هذا التناقص التدريجي إلى التقاعد، وذلك عن طريق زيادة الإجازات الأسبوعية والسنوية، ويجب تدريب الأفراد على المهارات المناسبة لاستغلال أوقات الفراغ. وخير للمجتمع أن يجد عملا جديدا للمتقاعدين - ولو بعض الوقت - يتناسب مع قواهم ومواهبهم مثل استخدامهم في الاستشارات والتوجيه بدلا من مجرد إعالتهم، ويعتبر هذا نوعا من «العلاج بالعمل». و قد قامت بعض الدول إما بإلغاء أو رفع السن القانونية للإحالة للتقاعد للمساهمة في التأهيل النفسي للشيوخ المسنين والاستفادة من خبراتهم في الإدارة والتنظيم، بحيث لا يكلف الشيخ المسن إلا وسعه ولايحمل مالا طاقة له به. وهذا يحدث - لحسن الحظ - في جامعاتنا حيث لا يحال الأستاذ الجامعي إلى التقاعد ولكنه يصبح - تلقائيا - أستاذاً متفرغا حتى آخر العمر.

الاضطرابات النفسية الجسمية

PSYCHOSOMATIC DISORDERS

الاضطرابات النفسية الجسمية هي اضطرابات جسمية موضوعية، ذات أساس وأصل نفسي (بسبب الاضطرابات الانفعالية)، تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي.

ويوجد فرع كامل من فروع الطب النفسي هو الطب النفسي الجسمي Psychosomatic Medicine يهتم اهتماما خاصا بهذه الاضطرابات (١).

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في الأمراض النفسية الجسمية ما يلي:

-Journal of Psychosomatic Research.

-Psychosomatic Medicine.

-Psychosomatics.

-Psychotherapy and Psychosomatics.

-Revue de Medicine Psychosomatique et de Psychologie Medicale.

النفس والجسم:

الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، وتتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة. والجسم يعتبر وسيطا بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي. ويؤدي الضغط الشديد المزمن واضطراب الشخصية إلى أن يضطرب هذا التوازن.

وهناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبي الذاتي الذي تنتقل إليه هذه الانفعالات عن طريق المهيد hypothalamus. والجهاز العصبي الذاتي يترجم التوتر الانفعالي المنقول إليه إلى تغيرات فسيولوجية في وظائف الأعضاء. وبعد عملية تحويل الانفعالات المزمنة إلى أعراض نفسية جسمية تختفي هذه الانفعالات ولاتظهر على السطح ويكون التركيز كله على الاضطراب الجسمي. والأجهزة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي هي: الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الغددي والجهاز العضلي والهيكلي والجهاز التناسلي والجهاز البولي والجلد.

وكتوضيح على أن الانفعال يؤثر على العمليات الفسيولوجية نجد أن انفعال الحزن يؤدي إلى انسكاب الدموع، وأن انفعال الغضب يؤدي إلى إسراع ضربات القلب، وأن انفعال الخجل يؤدي إلى احمرار الوجه، وأن انفعال الخوف يؤدي إلى شحوب الوجه، وأن القلق يؤدي إلى فقد الشهية.

ومن المعروف أنه كما يسبب المرض الجسمي الاكتئاب، فإن الإرهاق العصبي يؤثر في وظائف أعضاءالجسم المختلفة.

ونحن نعلم أنه لا يوجد جسم بدون نفس إلا الجماد والجثث، ولا يوجد نفس بدون جسم إلا الأرواح والأشباح. ولا يوجد مرض جسمي بحت يؤثر في الجسم دون النفس، ولا يوجد مرض نفسي بحت يؤثر في النفس دون الجسم.

وإذا حدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالى الإحباط والصراع والقمع والكبت وأزمن الانفعال، بدأ تحويله وظهرت **الأعراض النفسية الجسمية**.

مدى حدوث الاضطرابات النفسية الجسمية:

حوالي ٤٠ ـ ٦٠٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات جسمية.

والاضرابات النفسية الجسمية أكثر تفشيا في ا لحضارات المعقدة التي يشيع فيها الصراع والتنافس والقلق والخوف والاستثارات الجنسية المستمرة. وهي أكثرحدوثا في الطبقة المتوسطة حيث التأثر واضح بالحياة الاجتماعية، وهي أكثر شيوعا لدى الاناث منها لدى الذكور. ونسبة كبيرة جدا من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوى نفسية جسمية. وفي القوات المسلحة يلاحظ ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية الجسمية. وأكثر الأعراض شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي والجهاز الجنسي.

الشخصية قبل المرض:

تتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية: نقص النضج الانفعالى، والحساسية النفسية (وخاصة لما يهدد الذات)، والاهتمام بالجسم والصحة، والتمركز حول الذات والميل لجذب انتباه الآخرين، والتوتر والانطواء، والتشاؤم والانهزامية، ونقص الثقة فى النفس وفى الآخرين، والشعوربالرفض والظلم، والاعتماد على الآخرين، والحاجة إلى السلطة واحترامها ونقص الهوايات والميول والاهتمامات، والاهتمام أكثر بالنشاط العقلى المعرفى، ووجود صراع على السلطة، والطموح الزائد عن القدرات، والجدية الزائدة، والضميرالحى.

أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية:

وفيما يلى **أهم أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية:**

* الأمراض العضوية فى الطفولة التى تزيد احتمال تعرض أعضاءمعينة من الجسم للمرض. وقلق الفرد على صحته.
* اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين فى عملية الغذاء والتدريب على الإخراج. ونقص الأمن وفقدان الحب والخوف من الانفصال، والحرمان، والحاجة إلى القبول، وفقر واضطراب المناخ الانفعالى فى المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة، والخلافات الأسرية، وسوء التوافق الزواجى... إلخ.
* الصراع الانفعالى الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال، والكبت الانفعالى (وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة)، والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيظ، والشعور الطويل بالظلم،والضغط الانفعالى الشديد المستمر والتوتر النفسى، والانفعال الطويل المزمن واستدخال التوتر وتحويله داخليا وتسلطه على عضو ضعيف فيحدث اضطراب فى وظيفته العادية (١)، والخوف وعدم الشعور بالأمن، والإحباطات المتراكمة فى الأسرة والعمل، والقلق الشامل المستمروخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوى أو النفسى الحركى عنه، والحزن العميق على وفاة عزيز أوالطلاق أو الفشل، والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها، والضغوط الاجتماعية والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية.
* التجارب الجنسية الصادمة أو الحب المحرم ومشاعر الإثم وعدم الرضا الدائم.
* التعرض للمواقف الحربية العنيفة.

(١) نحن نعرف أن التوتر يعتبر بمثابة تهديد دائم للقلب.
ومما يؤثر عن على بن أبى طالب قوله: «الهم يذيب الجسد»، وقوله: «الحزن يهدم الجسد»، وقوله: «الهم نصف الهرم».

تشخيص الاضطرابات النفسية الجسمية:

يجب أولا الاهتمام بالفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية.

يلاحظ أن المريض لا يعترف بسهولة بأن مرضه نفسي جسمي ولكنه يصر غالبا على أنه جسمي فقط.

ويلاحظ أيضا أن المريض عند معرفته بهذا التشخيص تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ وقد تزداد حدة نوبة المرض بشكل واضح أثناء محاولة التشخيص.

ومن العلامات الدالة على أن الاضطراب نفسي جسمي: وجود اضطراب انفعالي يعتبر عاملا مرسبا، وارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية، ووجود اضطراب نفسي جسمي سابق لدى المريض، ووجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه، وسير المرض يكون مرحليا (مراحل شفاء ومراحل مرض).

ويلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسي وبين أعراض التوتر الانفعالي.

ويجب المفارقة بين العرض النفسي الجسمي وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى. فمثلا قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقد الشهية العصبي اضطرابا نفسيا جسميا في حد ذاته وقد تكون عرضا من أعراض الاكتئاب.

ويجب المفارقة بين الأعراض النفسية الجسمية وبين الأعراض الهستيرية.

ويوضح جدول (٦) أوجه الاختلاف بين الهستيريا والمرض النفسي الجسمي.

جدول (٦) أوجه الاختلاف بين الهستيريا والمرض النفسي الجسمي

الهستيريا	المرض النفسي الجسمي
ـ تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي. ـ الأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضا شخصيا لدى المريض.	ـ يصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي. ـ الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي.

أشكال الاضطرابات النفسية الجسمية:

عرفنا أن الاضطراب النفسي الجسمي يعتبر استجابات لا شعورية جسمية للتوترات الانفعالية.

وعرفنا أيضا أن الأجهزة التي تصيبها الاضطرابات النفسية الجسمية هي: الجهاز العصبي، والجهاز

لدوري، والجهاز التنفسى، والجهاز الهضمى، والجهاز الغددى، والجهاز التناسلى، والجهاز البولى، والجهاز لعضلى والهيكلى، والجلد.

(انظر شكل١٤٢).



شكل (١٤٢) الاضطرابات النفسية الجسمية

ولاشك أن **اختيار الأعراض** يتوقف على مايلى: وجود استعداد تكوينى يقوم على الوراثة، ووجود استعداد تكوينى نتيجة للخبرات الأولى فى الطفولة، وضعف لجهاز المختار (كما فى حالات الإصابة والعدوى)، واضطراب عضو مشابه لدى محبوب أو قريب، وإصابةأومرض العضو من قبل فى مرض عضوى أو حادثة، والمعنى الرمزى الذى يضفيه المريض على العضو، وطبيعة الضغط الانفعالى، ووجود أى مكسب ثانوى يحتمل لظهور العرض فى عضو معين بالذات.

وفيما يلى نتناول أشكال الاضطرابات النفسية الجسمية فى أجهزة الجسم المختلفة، ونكتفى بالقدر الضرورى فقط من التفصيلات الخاصة بعرض معين من الأعراض. أما فيما عدا هذا فتنطبق الأسباب العامة وطرق العلاج للاضطرابات النفسية الجسمية.

اضطرابات الجهاز العصبى:

أهم اضطرابات الجهاز العصبى هى:

الصداع النصفى (الشقيقة): Migraine حيث يؤدى التوتر الانفعالى الزائد الذى يؤدى إلى ارتفاع ضغط الدم فى المخ إلى الصداع ويحدث أكثر لدى الإناث.

إحساس الأطراف الكاذب: Phantom Limbs ويحس به مقطوعو الأطراف. وتعبر هذه الظاهرة عن بقاء صورة الجسم الأصلية بعد فقد طرف من الأطراف أو عضو من أعضاء الجسم. وفى الوضع العادى يبدأ إحساس الأطراف الكاذب فى الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض وتتكون صورة جديدة للجسم. (فيصل الزراد، ١٩٨٤).

اضطرابات الجهاز الدورى:

هى التى تحدث فى القلب والدورة الدموية. والقلب عضو هام حساس تؤثر فيه الانفعالات تأثيرا شديدا كالحب والكره والسرور والحزن... إلخ، وهو مركز الإيمان والعقيدة وقد جعله الأدباء والشعراء مركز الحب والكره والعطف والخوف... إلخ.

وأهم اضطرابات الجهاز الدورى هى:

الذبحة الصدرية: وهى عبارة عن تقلص فى الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتا، وينتج عن ذلك نقص فى تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصا فى الأوكسيجين اللازم لتمثيلها الغذائى، ويتبع ذلك حدوث آلام فى الصدر. وقد يؤدى ذلك أيضاً إلى عوامل تؤدى بدورها إلى انسداد الشريان وينتج عن ذلك الجلطة الدموية فى شرايين القلب مما يعرض حياة المريض للخطر.

عصاب القلب: Cardiac Neurosis ويعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ مجملها اضطراب عمل القلب، وأعراضه الخفقان واللغط وعدم الانتظام والألم وتشنج القلب Cardios-pasm وقصر التنفس والتعب لأقل مجهود، ويصاحبه خواف الموت، و عادة ما تشاهد عوامل مرسبة مثل حدوث مرض بالقلب أو حدوث مرض قلبى لدى حبيب أو قريب.

ومن المعروف أن العصب المنجول يؤثر فى معدل ضربات القلب، بحيث يحدث الإسراع أو البطء إذا حدث اضطراب انفعالى يوثر على هذا العصب الهام. (لورانس كولب Kolb، ١٩٦٨).

ارتفاع ضغط الدم: يلاحظ أن العصاب العارض يؤدى إلى ارتفاع عارض فى ضغط الدم. كذلك يؤدى الغضب المزمن إلى ارتفاع مستمر فى ضغط الدم. واستمرار ارتفاع ضغط الدم يضع عبئا ثقيلا على الأوعية الدموية قد يؤدى إلى نزيف فى المخ أو جهد زائد على القلب.

انخفاض ضغط الدم: ويصاحبه الإنهاك والعزوف عن أى عمل مرهق والرغبة فى النوم.

الإغماء: حيث يفقد المريض وعيه عندما يحدث انخفاض مفاجىء فى ضغط الدم.

اضطرابات الجهاز التنفسي:

أهم اضطرابات الجهاز التنفسى هى:

الربو الشعبى: Bronchial Asthma ويطلق عليه أحيانا الربو العصبى asthma nervosa، ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعيبات وتورم أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور بالضغط على القفص الصدرى وضيق الصدر والنهجان وصعوبة مرور الهواء إلى ومن الرئتين. وتحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية.

ومن اضطرابات الجهاز التنفسى أيضا: **التهاب مخاطية الأنف** Rhinitis، **والحساسية الأنفية** المزمنة، **ونزلات البرد.**

اضطرابات الجهاز الهضمي:

أهم اضطرابات الجهاز الهضمى هى:

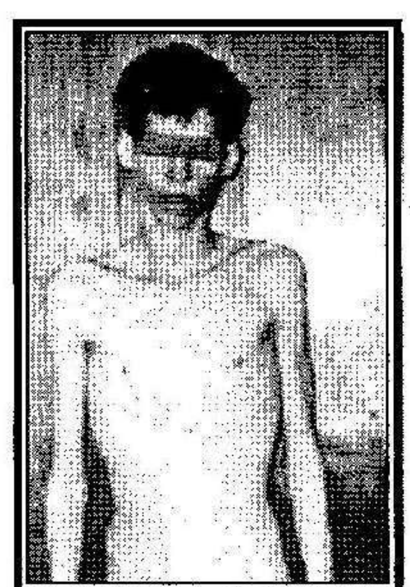
قرحة المعدة: Gastric Ulcer أو القرحة الهضمية Peptic Ulcer حيث يلاحظ أن القلق الوقتى يؤدى إلى اضطراب معدى مؤقت. كذلك يؤدى القلق المزمن إلى قرحة المعدة. ونحن نعلم أنه بمجرد وصول الطعام إلى المعدة تفرز العصارات المعدية لهضمه. ولكن التوتر الانفعالى يسبب

دفق كمية أكبر من العصارات الهضمية الحمضية تزيد عن الكمية المطلوبة فتهضم الطعام ثم تهضم الغشاء المخاطى للمعدة ثم جدارها مسببة القرحة. ويلاحظ أن القرحة أشيع لدى الرجال منها لدى النساء.

التهاب المعدة المزمن: Chronic Gastritis ويشمل أعراضا معدية مختلفة مثل عسر الهضم والتجشؤ أو الجشاء وإخراج الغازات بكثرة وقرقرة الأمعاء وآلام البطن.

التهاب القولون: Colitis ويشاهد فيه تناوب الإسهال والإمساك والتقلصات أو المغص وامتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط فى البراز.

فقد الشهية العصبى (الخلفة): Anorexia Nervosa وفيه يشاهد رفض الطعام ونقص الرغبة فيه ونقص الإقبال عليه، وما يصاحب ذلك من نحافة ونقص الوزن وجفاف الجلد وبرودة الأطراف... إلخ. وقد يحدث نتيجة لاضطراب الغدد، وقديكون رد فعل لخواف السمنة (١). وفى الحالات الشديدة من فقد الشهية العصبى تظهر أعراض مصاحبة مثل انقطاع الحيض وغياب الرغبة الجنسية والهزال، وتشاهد بعض الاضطرابات السلوكية ويعتبر فقد الشهية العصبى رمزا لرفض الحب والنشاط الجنسى وعقاب الذات نتيجة للشعور بالذنب.



شكل (١٤٣) أحد ضحايا فقد الشهية

الشراهة: Bulimia وشراهة الأكل تكون فى الغالب نتيجة لرغبة جارفة وحاجة ملحة للحب ولتملك موضوع الحب.

التقيؤ العصبى: Nervous Vomiting يشاهد الغثيان والتقيؤ العصبى ويرتبط غالبا بالشعور بالذنب وكرمز لرفض الحمل، أو مقاومة الرغبة فى الحمل، أو قد يرتبط ببعض الممارسات الجنسية الفمية الشاذة.

ومن اضطرابات الجهاز الهضمى أيضا: **الإمساك المزمن** Chronic Constipation، **والإسهال** Diarrhea.

اضطرابات الجهاز الغددى:

معظمها نقص إفراز الهورمونات أو فرط الهورمونات ، **وأهمها:**

مرض السكر: Diabetes حيث يضطرب التمثيل الغذائى للجلوكوز ويرتفع مستواه فى البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالى.

(١) يعزي ذلك إلى عدم النضج النفسى الجنسى والصراع الجنسى، فبعض الأفراد يربطون بين البدانة أو السمنة وبين الحمل، ويعتقد الأطفال - خطأ - أن الحمل يحدث نتيجة الأخذ من الفم.

البدانة (السمنة المفرطة): Obesity حيث يزيد الشحم في الجسم ويزيد وزن الجسم ٢٥٪ أو أكثر عن وزنه المعياري. ويقول البعض إن الشخص البدين يعاني من الحرمان ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات يشبعها ويعوضها رمزيا بالأكل. وتكون صورة الجسم لدى البدين مشبعة انفعاليا حيث أنها تمثل الرغبة في الكبر والقوة.

التسمم الدرقي (فرط إفراز الدرقية): Hyperthyroidism حيث تتضخم الغدة الدرقية ويزيد إفراز هورمون الثيروكسين ويفقد المريض وزنه ويصبح متوترا عصبيا تجحظ عيناه، ويبدو شكله كما لوكان منزعجا. والحقيقة أن تسمم الغدة الدرقية يتأثر باضطراب الغدة النخامية، وهي تفرز ضمن ما تفرز هورمونين ينشط أحدهما إفراز الثيروكسين والثاني يزيد من كمية الشحم خلف العينين وبذلك تبرز العينان إلى الأمام (جحوظ العينين).

اضطرابات الجهاز التناسلي:

الجهاز التناسلي جهاز أساسي يتعلق بإحدى الغرائز الحيوية وهي العملية الجنسية التي تضبطها المعايير الاجتماعية والدينية، ولذلك يرتبط به أثناء نمو الفرد وتنشئته اجتماعيا مجموعة من الانفعالات والإحباطات والصراعات.

هذا وأهم أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية في الجهاز التناسلي، بالإضافة إلى الأسباب العامة للاضطرابات النفسية الجسمية والتي سبق ذكرها، مايلي: الخوف الشديد من الحمل، والخوف الشديد من الأمراض التناسلية، والرفض اللاشعوري للدور الجنسي، وضعف الثقة في النفس والشك في القدرة على القيام بالعملية الجنسية، وعقدة أوديب أو إليكترا غير المحلولة، وضعف الليبيدو (أي الشهوة والرغبة والطاقة الجنسية)، ونقص الجاذبية والإثارة الجنسية لدى الشريك (وفي هذه الحالة تجد الزوج مثلا فاشلا في علاقاته الجنسية مع زوجه ناجحا تماما في علاقاته الجنسية خارج نطاق الزواج)، ووجود آخرين في حياة الفرد الجنسية، والعدوان المكبوت والرغبة اللاشعورية لجرح الشريك، وعدم التكافؤ في الرغبة والقدرة الجنسية بين الشريكين، ونقص وسوء التربية الجنسية، والاتجاهات السالبة والأفكار الخاطئة والآراء والمحرمات الكثيرة بخصوص العملية الجنسية، مثل الاعتقاد في السحر والأعمال والرباط، والخجل والحياء المفرط، وخواف الجنس، والفشل في الانتصاب في أول محاولة للاتصال الجنسي أو في مناسبة هامة، والخوف من أن يرى الآخرون أو يسمعوا العملية الجنسية، والانحرافات الجنسية مثل الجنسية المثلية الكامنة والاستمناء المفرط، والأمراض مثل الزهري، وتشوه أعضاء التناسل، والتسمم بالمخدرات والكحول (حيث تثير الرغبة وتبطل العمل)، وكبر السن.

وأهم اضطرابات الجهاز التناسلي هي:

العنة (الضعف الجنسي عند الرجل): Impotence ولها عدة أشكال منها: عدم القدرة على الانتصاب نهائيا مع عدم وجود ميل للجماع، وفشل جزئي للانتصاب مع ميل جزئي للجماع، وفشل

دورى للانتصاب مصحوب بشهوة محدودة، وزوال الانتصاب بعد الإيلاج وعدم إتمام العملية الجنسية، والعجز عن أداء العملية الجنسية مع أنثى دون أخرى. وقد تحدث العنة بالصدفة مرة للرجل فى مناسبة معينة نتيجة للإرهاق فى العمل أو الانفعال مثلا، وهنا يجب تناول الأمر بمنتهى الحكمة وكأن شيئا لم يكن. أما إذا تركز الانتباه على هذا الفشل العابر وأبدت المرأة اشمئزازا أو معايرة أو استخفافا فإن ذلك قد يؤدى إلى العنة فعلا. وقد تحدث العنة نتيجة التركيز الإرادى على العملية الجنسية التى يتحكم فيها الجهاز العصبى اللا إرادى، لأن الفرد فى هذه الحالة يقحم جهازا غير مختص (الجهازالعصبى المركزى) بدل الجهاز المختص (الجهاز العصبى الذاتى) فى إنجاز العملية فيحدث الفشل.

القذف المبكر: Premature Ejaculation أو الإنزال السريع جدا بعد بداية الجماع فى حدود ثوان بحيث يسبق انتعاظ المرأة مما يؤدى إلى سوء توافق الحياة الجنسية وظهور العصاب الجنسى عند المرأة.

القذف المعوق: Retarded Ejaculation أو الإنزال البطئ جدا أو المتأخر.

البرود الجنسى (عند المرأة) Frigidity وهو إعراض المرأة عن العملية الجنسية أو نفورها منها أو نقص أو عدم الاستجابة الجنسية وسلبية المرأة وعدم تجاوبها أثناءالعملية الجنسية أوعدم القدرة على الوصول إلى الهزة الجنسية الأخيرة. وهو باختصار غياب الجانب الجنسى للحب عند المرأة.

تشنج المهبل: Vaginismus أى التقلص اللا إرادى فى عضلات المهبل ممايجعل إيلاج القضيب صعبا أو مستحيلا وتكون النتيجة هى الجماع المؤلم أوعسر الجماع dyspareunia، وهذا يعبر عن النفور من الجماع وتجنبه.

اضطراب الحيض: Menstrual Disorder ويكون ذلك فى شكل عسر الحيض وتوقفه وعدم انتظامه أو انقطاعه ويسبقه التوتر النفسى و التهيج والاكتئاب والأرق، ويصاحبه الألم والغثيان والقيء والتعب الجسمى العام.

الحمل الكاذب: Pseudopregnancy وهذا يحدث عند المرأة الراغبة فى الحمل أو الخائفة منه،فتتوهم الحمل ويشاهد لديها انقطاع الحيض وانتفاخ البطن وتغيرات فى الثديين وزيادة فى الوزن أو ما يماثل الحمل وهى ليست بحامل. وقد تحدث هذه الحالة حتى ولو لم يحدث جماع بالمرة.

العقم: [(١)] Sterility وهو فى نفس الوقت يعتبر سببا مهيئا ومرسبا للأمراض النفسية، ويبعث على الشعور بالنقص وعدم الكفاية وقد يستتبعه الضعف الجنسى وخيبة الأمل بالحرمان من غريزة الوالدية. ويهتم المصريون كثيرا بأمر العقم. ويهتم الكثرة الآن بأمره طبيا، وهذاهو الصواب. وفى

(١) قال الله تعالى: ﴿لله ما فى السموات والأرض، يخلق ما يشاء، يهب لمن يشاء إناثا ويهب لمن يشاء الذكور. أو يزوجهم ذكرانا وإناثا، ويجعل من يشاء عقيما، إنه عليم قدير﴾. (سورة الشورى: آية ٤٩، ٥٠).

نفس الوقت، قد يلجأ البعض إلى السلوك الخرافى ، فيذهبون إلى أماكن غيرآمنة ومهجورة ويسيطر عليها من لاخلاق لهم. وقد تحمل المرأة لا من سر المكان ولكن من سر السكان. وهناك بعض النساء يستخدمن الأحجبة والبخور لعلاج العقم، وبعضهن يعتقدن فى المرورعلى القتيل فيذهبن إلى المستشفيات إذا علمن بوجود قتيل لتخطيه. (أحمد أمين، ١٩٥٣).

ومن اضطرابات الجهاز التناسلى أيضا: **الإجهاض المتكرر** Repeated Abortion، **والولادة العسرة.**

اضطرابات الجهاز البولى:

أهم اضطرابات الجهاز البولى هى:

احتباس البول: Retention of Urine وهو حصر **البول** وصعوبة التبول.

كثرة مرات التبول: بزيادة ملحوظة عن المعتاد.

سلس البول**(البوال)**:Enuresis،وهو التبول اللاإرادى أثناء النوم أو أثناء اليقظة.

اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى:

يلعب الخوف والقلق دورا هاما فى زيادة توتر الجهاز العضلى والهيكلى. وعندما يزمن الخوف والقلق ويستمر التوتر فإن الجهد العضلى الناجم عنه يكون مؤلما. وقد تكون اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى تعبيرا رمزيا عن استياء المريض من المسئوليات التي تثقل كاهله.

وأهم اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى هى:

آلام الظهر (لومباجو): Lumbago وتكون غالبا فى أسفل العمودالفقرى. وتظهر الآلام بصفة خاصة أثناء العمل والضغط والإجهاد الانفعالى. وهذا العرض من أشهر الأعراض فى القوات المسلحة خاصة وقت الحروب.

التهاب المفاصل الروماتزمى: Rheumatoid Arthritis وأهم أعراضه ألم المفاصل وتورمها وصعوبة الحركة. ويشاهد أكثر لدى الإناث.

ومن اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى أيضا: **اضطراب العضلات، وضعف الهمة والنشاط.**

اضطرابات الجلد:

الجلد هو عضو الإحساس العام، ويتصل بالجهاز العصبى وبالجهاز الدورى وبالجهاز الغددى، ويخضع للحالات الانفعالية، ويظهر عن طريقه التعبير الانفعالى الشعورى واللاشعورى، ويخضع للتأثير المباشر من الجهاز العصبى الذاتى ويخضع للتأثير غير المباشر لنشاط الغدد. والجلد هوالغطاء الخارجى للجسم وهو واجهة الشخصية ومظهرها، أو هو حلقة الوصل بين الذات الداخلية وبين

العالم الخارجى، ومن ثم فله أهمية خاصة عند الفرد. وقد يؤدى الشعور بالذنب إلى «تشويه الذات» فى صورة أعراض نفسية جسمية فى الجلد.

وأهم اضطرابات الجلد هى:

الشرى (ارتيكاريا): Urticaria وهى عبارة عن طفح جلدى بشكل بثور ناتئة يسبب حكاكا قد يكون شديدا. ويقال إنها تمثل رمزيا البكاء المكبوت.

التهاب الجلد العصبى: Neurodermatitis ويقال إنه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة.

الحكاك: (الحكة) أو الهرش Pruritis ويعتبرها الكثيرون تعبيرا عن العدوان المكبوت والتوتر النفسى والدافع الجنسى، وتعبر عن عقاب الذات كاستجابة للشعوربالذنب. ومن الحكاك ما يتركز فى المناطق التناسلية بصفة خاصة معبرا عن مسحة جنسية ماسوكية وسواسية قهرية حيث يعتبر المريض هذه المناطق رديئة وخطيرة.

الأكزيما العصبية: وهى مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالبا فى الرقبة وحول الحاجب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية.

سقوط الشعر (الثعلبة): ويكون محدودا أو قد يشمل كل الرأس.

فرط العرق: Hyperhidrosis ويكون العرق غزيرا عادة فى الكفين وبطن القدمين، وتكون الأطراف باردة.

ومن اضطرابات الجلد أيضا: **الحساسية** Allergy، وبثور الشباب **أو حب الشباب** (وخاصة فى سن المراهقة).

علاج الاضطرابات النفسية الجسمية:

تستعصى الاضطرابات النفسية الجسمية على العلاج الطبى وحده أو العلاج النفسى وحده، ولذلك فمن الضرورى الجمع بينهما. وتؤكد الاضطرابات النفسية الجسمية ضرورة الاهتمام بالمريض والمرض.

وفيما يلى **أهم معالم علاج الاضطرابات النفسية الجسمية:**

* **العلاج النفسى:** المركز على سبب المرض، والذى يتناول النواحى الانفعالية وحل مشكلات الشخصية وإزالة العقبات وحل الصراعات الانفعالية والتنفيس الانفعالى لإزالة القلق المزمن وإعادة الثقة فى النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الانفعالى بصفة خاصة. ويفيد العلاج النفسى التدعيمى المرن الذى يهدف إلى تعديل نمط حياة المريض ونصح المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلى المتواصل وأن يأخذ الحياة هونا. ويستخدم العلاج النفسى الجماعى مع الحالات المتشابهة الأعراض مثل السمنة والقرحة... إلخ، أما الاضطرابات الجنسية مثل العنة والبرود الجنسى... إلخ، فهى تحتاج إلى علاج نفسى فردى. ويستخدم علاج

الشرح والتفسير لشرح العلاقة بين الانفعال ورد الفعل الفسيولوجى، وإعادة تعليم المريض بخصوص الأفكار الخاطئة. وقد يستعان بالتنويم الإيحائى كما فى حالات الربو والتهاب الجلد والقولون. ويفيد استخدام العلاج السلوكى كما فى حالات فقد الشهية العصبى والبدانة مثلا. وفي حالة وجود الاضطراب النفسى الجسمى لدى الأطفال يوجه العلاج النفسى إلى الوالدين وخاصة الأم. وقد يستدعى الحال علاج الأسرة كلها فى بعض الحالات. (بليندر وآخرون Blinder et al.، ١٩٧٠).

* **الإرشاد النفسى**: للمريض والأسرة وإرشاد الأزواج.
* **العلاج البيئى**: لتخفيف الضغوط على المريض فى الأسرةوالعمل والجماعة ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها. ويستخدم العلاج بالعمل.
* **العلاج الطبي**: لعلاج الأعراض الجسمية. ففى حالة القرحة يتبع المريض نظاما معينا للأكل ويتناول الأدوية اللازمة. وفى حالة البدانة يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء. وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق، ومن أهمها كلوربرومازين Chlorpromazine، ليبريوم Librium، فاليوم Valium. وقد يستدعى الأمر التدخل الجراحى فى بعض الحالات كما فى حالات القرحة مثلا. و يستعين بعض المعالجين بالدواء والوهمىPlacebo .

ملاحظات حول الا ضطرابات النفسية الجسمية:

يمكن تبسيط النموذج الأساسي للاضطراب النفسي الجسمى كما يلى:

المثير	←	المتغير الوسيط	←	الاستجابة
(مثير يستثير		(حالةاستثارة انفعالية		(عرض أو مرض
(توترا نفسيا)		بمصاحبات فسيولوجية)		نفسى جسمى)

وتخفى الأعراض النفسية الجسمية **أشياء ترمز لها**. فمثلا القىء قد يرمز إلى رفض الحمل أو مقاومة الرغبة فى الحمل، وفقد الشهية إلى الطعام قد يرمز إلى رفض الحب والنشاط الجنسى... وهكذا.

وهناك بعض **المكاسب** وراء المرض النفسى الجسمى. فقد يلجأ المريض إلى مرضه سعيا لتحقيق أحد المكاسب الآتية: التخلص - بعذر - من بعض المسئوليات، والانتقام اللاشعوري من الآخرين، والاحتجاج اللاشعورى على الآخرين، وجذب الأنظار وشد الاهتمام والعناية والعطف والمشاركة الوجدانية، والسيطرة على البيئة الاجتماعية.

العصاب
NEUROSIS

تعريف العصاب:

العصاب هو اضطراب وظيفى فى الشخصية **بين العادى وبين الذهان** (١) وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادى أقل سعادة. ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان.

وأعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر، أى أنه يمثل المظهر الخارجى للصراع والتوتر النفسى والخلل الجزئى فى الشخصية.

والعصاب ليس له علاقة بالأعصاب، وهو لا يتضمن أى نوع من الاضطراب التشريحى أو الفسيولوجى فى الجهاز العصبى. وكل ما فى الأمر اضطراب وظيفى دينامى انفعالى نفسى المنشأ يظهر فى الأعراض العصابية. وهناك فرق بين **العصاب** neurosis **والمرض العصبى** nervous disease حيث المرض العصبى اضطراب جسمى ينشأ عن تلف عضوى يصيب الجهاز العصبى مثل الشلل النصفى والصرع، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسى Psychoneurosis

تصنيف العصاب:

حاول **سيجموند فرويد** فى أول الأمر تقسيم العصاب النفسى إلى:

* العصاب الحقيقى: true neurosis الذى ينتج عن «السموم الجنسية» sexual toxins التى تخلفها الطاقة الجنسية المخزونة dammed up sexual energy . (فريدمان وكابلان Freedman & Kaplan، ١٩٦٧). ومما يجدر ذكره هنا أن السموم الجنسية التى تخلفها الطاقة الجنسية المكبوتة جاء ذكرها فى عددمن الكتب الإسلامية، من أمثلتها «الطب النبوى» لشمس الدين بن قيم الجوزية فى القرن الثامن الهجرى. ففي فصل الجماع (ص ١٩٤) جاء ما نصه: «وإذا ثبت فضل المنى، فاعلم: أنه لا ينبغي إخراجه إلا فى طلب النسل، أو إخراج المحتقن منه. فإنه إذا دام احتقانه: أحدث أمراضا رديئة، منها: الوسواس والجنون والصرع، وغير ذلك، وقد يبرىء استعماله من هذه الأمراض كثيرا، فإنه إذا طال احتباسه: فسد واستحال إلى كيفية سمية، توجب أمراضا كثيرة كما ذكرنا. ولذلك تدفعه الطبيعة ـ إذا أكثر عندها ـ من غير جماع»(٢).
* العصاب النفسى Psychoneurosis وله أصل نفسى أو هو نفسى المنشأ.

---

(١) ليس هناك حد فاصل وحاد بين العصاب والذهان. إن كليهما درجات متفاوتة فى الشدة تشير إلى مدى تصدع الشخصية وبعدها عن الواقع. وليس غريبا أن يتطور العصاب ـ إذا لم يعالج ـ إلى ذهان.

(٢) قال بعض السلف: ينبغى للرجل أن يتعاهد من نفسه ثلاثا: ينبغى ألا يدع المشى، فإن احتاج إليه يوما، قدر عليه. وينبغى ألا يدع الأكل، فإن أمعاءه تضيق. وينبغى ألا يدع الجماع، فإن البئر إذا لم تنزح ذهب ماؤها.

وحاليا يصنف العصاب إلى:القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبي (النيوراسثينيا)، والمخاوف، والهستيريا، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب (التفاعلي)، والتفكك. ويضاف إلى ذلك أنواع أخرى من العصاب (مثل عصاب الحرب وعصاب الحادث وعصاب السجن وعصاب القدر).

مدى حدوث العصاب:

الاضطرابات العصابية هي أكثر الاضطرابات النفسية حدوثا. ويلاحظ أن هناك عددا من الناس لديهم اضطرابات عصابية ويعيشون بها طوال حياتهم ولا يفكرون أبدا في استشارة معالج نفسي. ويوجد العصاب في كل الثقافات وكل الطبقات الاجتماعية. ويحدث العصاب أكثر لدى الإناث منه لدى الذكور.

الشخصية العصابية:

العصاب هو أصل الشخصية العصابية. **وتتسم** الشخصية العصابية بعدد من الخصائص أهمها: نقص النضج وعدم الكفاية والضعف وعدم تحمل الضغط وبخس الذات والقلق والخوف والتوتر والتهيجية والإعياء والتمركز حول الذات والأنانية وضعف الثقة في الذات واضطراب العلاقات الاجتماعية والجمود ونقص البصيرة ووجود المشكلات وعدم الرضا وعدم السعادة والحساسية النفسية (وخاصة في مواقف النقد والإحباط، فنجد عنده: الحبة قبة، والقط جمل، والهمسة صيحة، ووخز الإبرة طعنة خنجر).

والشخصية العصابية تؤدي بصاحبها إلى **سوء التوافق** النفسي، مما يؤثر تأثيرا سيئا على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة ويعوقه عن أداء واجبه كاملا، ويعوقه عن الاستمتاع بالحياة.

وعلى الرغم من هذا فإن **السلوك العام** للمريض ـ وإن كان مضطربا ـ فإنه يظل في حدود العادي، أوتكون غرابته معقولة لأنه يساير المعايير الاجتماعية. والمريض يحافظ على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته ويشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج والشفاء ويتعاون مع المعالج.

أسباب العصاب:

الأسباب الوراثية نادرة، والعوامل العصبية والسمية ليس لها دور واضح. وأهم ما في العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ، وتلعب البيئة دوراً هاما.

وعلى العموم فمن **أهم أسباب العصاب**: مشكلات الحياة منذ الطفولة وعبر المراهقة وأثناء الرشد وحتى الشيخوخة، وخاصة المشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب العلاقات بين الوالدين والطفل والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات. وطبيعي أن الحل العصابي لهذه المشكلات حل خاطيء وأسلوب توافقي فاشل.

كذلك يعلب الصراع (بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة) والإحباط والكبت والتوتر الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة دوراً هاما في

إحداث العصاب. وتؤدى البيئة المنزلية العصابية والعدوى النفسية إلى العصاب. كذلك فإن الحساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب.

وقد أدلى علماء **مدرسة التحليل النفسي** بالكثير من المعلومات الأساسية حول أسباب العصاب.سيجموند فرويد Freud إن العصاب يرجع إلى عوامل بيولوجية، وإن القلق هو لب العصاب ومحوره، وإن عقدة أوديب نواته ومنشؤه، ولاعصاب بدون استعداد عصابى طفلي. ويقول كارل يونج Jung إن العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، وإن الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في تكوين العصاب. ويقول ألفريد آدلر Adler إن نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئته، واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص ولا يحقق هدف الحياة، وركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة وخاصة الاضطرابات الأسرية. وحددت كارين هورني Horney ثلاثة اتجاهات عصابية: أولها التحرك نحو الناس، وثانيها التحرك ضد الناس، وثالثها التحرك بعيدا عن الناس. وتقول هورني، إن القلق هو أساس العصاب، وإن العصابى شخص جامد غير مرن في سلوكه، عبد لاتجاهه العصابى، يعكس قلقه على العالم الخارجي، وإن العملية العصابية عملية عكسية تتجه ضد النمو الطبيعي للشخص، تمزق الشخص العصابى من جراء الصراع الداخلي الدائم. ويقول أتو رانك Rank إن الشخصية العصابية شخصية وقفت في نموها عند دور الشخص العصابى الذى يعيش في حرب مع نفسه ومع المجتمع. ويقول إيريك فروم Fromm إن العصاب هو أحد مظاهر الفشل الأخلاقي، ويلفت النظر إلى أثر مشكلات الإنسان الحديث مثل قوته وسيطرته على المادة مع شعوره بالفخر في حياته الفردية والاجتماعية. وأكد هاري ستاك سوليفان Sullivan أن القلق هو أساس العصاب.

أما أصحاب **المدرسة السلوكية** فينظرون إلي العصاب على أنه شكل من أشكال السلوك تعلمه الفرد بطريقة التعلم الشرطي بتكرار وتعزيز خبرات معينة خلال حياته، وينظرون إلى أعراض العصاب على أنها المرض نفسه.

ويربط **كارل روجرز** Rogers (١٩٥١) بين العصاب وبين مفهوم الذات، فيقول إنه في العصاب يشبع الفرد حاجة لا شعورية بوسائل سلوكية تتفق مع مفهوم الذات، ومن ثم تقبل على مستوى الشعور. ويأتى العصاب أيضا نتيجة عدم تطابق السلوك مع الذات، أو نتيجة عدم قبول الذات للرغبات، ومن ثم تعدلهاعصابيا، أو حيث يقل اعتبار الذات حتي يتطابق مع السلوك.

أعراض العصاب:

يشمل العصاب عددا من الأشكال الكلينيكية المختلفة التي يجمع بينها جميعا عناصر مشتركة وأعراض عامة تؤدى إلى عدم السعادة وعدم الكفاية واضطراب العلاقات الشخصية. وعادة يوجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض.

وفيما يلى **أهم الأعراض العامة للعصاب:**

* القلق الظاهر أو الخفى والخوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتوتر والتهيجية والمبالغة في ردود الفعل السلوكية، وعدم النضج الانفعالى و الاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الأخرين والاستجابة الطفلية فى مواقف الإحباط، والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.
* اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وعدم القدرة على الأداء الوظيفى الكامل، ونقص الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.
* الجمود والسلوك التكرارى وقصور الحيل الدفاعية والأساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع اللاشعورى.
* التمركز حول الذات والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.
* بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ.

تشخيص العصاب:

يجب **الاهتمام بالتشخيص** الفارق بين العصاب وبين الحالات الحدية، وبينه وبين الذهان، وبينه وبين الاضطرابات العضوية، وبينه وبين ردود الأفعال العادية للتوتر.

ولابد لتشخيص العصاب من مقابلة شاملة مع المريض وأخذ تاريخ كامل للحالة، وتطبيق الاختبارات النفسية، وإجراء الفحص الطبى والعصبى.

ويجب التعرف على خصائص وسمات الشخصية العصابية لدى المريض الذى نتعامل معه.

علاج العصاب:

يجب أن يهدف علاج العصاب إلى شفاء الفرد من العصاب أولا، وإعادة تنظيم الشخصية كهدف طويل الأمد.

وفيما يلى **أهم طرق علاج العصاب:**

* العلاج النفسى هو العلاج الفعال. ويأتى على رأس القائمة التحليل النفسى [1]، والعلاج النفسى التدعيمى، والعلاج النفسى المركز حول العميل، والعلاج السلوكى. والعلاج الأساسى هو حل مشكلات المريض.
* العلاج النفسى الجماعى، والعلاج الاجتماعى وعلاج النقل البيئى.
* العلاج الطبى بالأدوية (وخاصة المهدئات) وباستخدام الصدمات (الكهربائية)، وعلاج الأعراض.

---

(١) نحن نعلم أن التحليل النفسى قد نما من خلال محاولات فهم العصاب وعلاجه.

مآل العصاب:

يعتبر **مآل العصاب أفضل بكثير من مآل الذهان أو الاضطرابات عضوية المنشأ.** ويلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسن والشفاء مع العلاج المناسب (وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى ٩٠٪ أو أكثر). وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيا (حوالي ٤٠٪ - ٦٠٪ من الحالات) حين يحدث تغير في حياة المريض.

وفي تحديد مآل العصاب يجب أن نضع في حسابنا أن المآل يكون أفضل كلما تحققت الشروط التي أوردناها عندما تناولنا المآل. (راجع الفصل الرابع).



شكل (١٤٤) بعض أشكال العصاب

القلــــق

ANXIETY

تعريف القلق:

هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها غامض، وأعراض نفسية جسمية. ويكون المريض وكأن لسان حالة يقول: شاعر بمصيبة قادمة.

ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلاأن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا. وهذا هو ما يعرف باسم **«عصاب القلق»** anxiety neurosis أو **«القلق العصابي»** أو **«رد فعل القلق»** anxiety reaction وهو أشيع حالات العصاب.

ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر.

تصنيف القلق:

يصنف القلق إلى:

القلق الموضوعى العادى: (حيث يكون مصدره خارجيا وموجودا فعلا) ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوى. ويحدث هذا فى مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء، مثل القلق المتعلق بالنجاح فى عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو انتظار نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديد ومن المعلوم إلى المجهول أو من المألوف إلى الغريب أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومى أو عالمى أو من حدوث تغيرات اقتصادية أو اجتماعية.

حالة القلق anxiety state أو القلق العصابى: وهو داخلى المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي.

القلق العام: الذى لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضا وعاما وعائما Free-floating.

القلق الثانوى: وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (حيث يعتبر القلق عرضا مشتركا فى جميع الأمراض النفسية تقريبا).

مدى حدوث القلق:

القلق كما ذكرنا هو أشيع حالات العصاب، ومن أشيع الاضطرابات النفسية عموما، فهو يمثل من ٣٠٪ ـ ٤٠٪ من الاضطرابات العصابية. وهوأشيع لدى الإناث منه لدى الذكور. وهو أشيع فى الطفولة والمراهقة وسن القعود والشيخوخة.

أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق، **ومن أهمها:**

* الاستعداد الوراثى فى بعض الحالات. وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
* الاستعداد النفسى (الضعف النفسى العام)، والشعور بالتهديد الداخلى أو الخارجى الذى تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسى الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة فى الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعى لظروف الحياة. وأحيانا قد يؤدى فشل الكبت إلى القلق و ذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجى الذى يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التى تسببها الرغبات الملحة. ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات، والإحباط، والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا... إلخ، والحلول الخاطئة، وكثرة المحرمات (الثقافية) Taboos.

* مواقف الحياة الضاغطة، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصابيان القلقان أو المنفصلان، وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.
* مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان... إلخ، واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
* التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا)، والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي والتعب والمرض، وظروف الحرب.
* الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص.
* عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
* ربط سيجموند فرويد Freud [1] بين القلق وبين إعاقة «الليبيدو» من الإشباع الجنسي الطبيعي، ووجود عقدة أوديب أو عقدة إليكترا وعقدة الخصاء (غير المحلولة). وأرجع ألفريد آدلر Adler القلق إلى عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي أو المعنوي أو الاجتماعي وإلى تهديد أسلوب حياته. وعزا أوتو رانك Rank القلق إلى صدمة الميلاد فهي تؤدي إلى باكورة القلق Prototype of anxiety أو القلق الأولي Primary anxiety، وأرجعت كارين هورني Horney القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة. (راجع نظرية التحليل النفسي).
* يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك.

أعراض القلق:

الأعراض الجسمية: وتشمل: الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية [2] والتعب والصداع المستمر الذي

(١) ضم فرويد القلق والضعف العصبي وتوهم المرض ليكونوا ما أسماه «العصاب الحقيقي».

(٢) من أمثلة اللازمات العصبية الحركية:

* في الوجه والرأس: فتل الشعر أو الشارب، التجهم، تقطيب الجبهة، رمش العينين، رمش المنخر، مسح الأنف والأذن، اختلاج الفم، عض الشفاه، مص الإبهام أو الأصابع، قضم الأظافر، الإيماء بالرأس أو هزه، تحريك العنق، إدارة الرأس، عصر حبوب الوجه.
* في الذراعين واليدين: هز الذراعين، طرقعة الأصابع، ضم قبضة اليد، ضرب الرأس والجسم، اللعب بالأعضاء التناسلية.
* في الجسم والأطراف السفلى: هز الكتفين، هز القدم والركبة وأصابع القدم، هز الجسم، ثني الجسم، اتخاذ أوضاع جسمية غير مألوفة.

لا يهدئه الأسبيرين، وتصبب العرق وعرق الكفين وارتعاش الأصابع، وبرودة الأطراف وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقان، وآلام الصدر والإحساس بالنبضات فى أجزاء مختلفة من الجسم، وارتفاع ضغط الدم، واضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بضيق الصدر، والدوار والغثيان والقيء والإسهال وزيادة مرات الإخراج وتكرار التجشؤ والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم و الحلق وفقد الشهية ونقص الوزن، وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء، واضطراب الوظيفة الجنسية (العنة والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسى واضطراب العادة الشهرية عند النساء).

الأعراض النفسية: وتشمل: القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل، والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج وعدم الاستقرار، والخواف بصفة عامة والخوف الذى قد يصل إلى درجة الفزع (١) والشك والارتباك والتردد فى اتخاذ القرارات، والهم والاكتئاب العابر، والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضى وكوارث المستقبل، وتوهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت، وضعف التركيز وشرود الذهن واضطراب قوة الملاحظة، وضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز، وسوء التوافق الاجتماعى، وسوء التوافق المهنى. وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائى غير المضبوط.

تشخيص القلق:

فى التشخيص يجب العناية بالفحص الطبى الدقيق، وتقييم الشخصية ودراسة تاريخ الحالة.

وفى حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى أوالاضطرابات العصابية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب. ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية ولا يذكرون أى شيء من الأعراض الانفعالية للقلق لاعتبارهم أن القلق مرض نفسى وهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون.

ويجب التفريق بين القلق وبين الفصام فى مراحله الأولى. والفارق الأساسى بينهما وجود اضطراب الإدراك والتفكير فى الفصام وعدم وجوده فى القلق.

ويختلف القلق عن الخوف العادى فيما يلى: (جدول٧)

= * فى التنفس والهضم: التنهد، التثاؤب، الاستنشاق (الرشف)، النفس العميق، التجشؤ، البلع، البصق، النحنحة.
* منوعات: تكرار الكلمات أو النغمات، تكرار الأعمال المنظورة.

(١) يكون الفرد خائفا ولكنه لا يعرف لماذا، ويكون لديه شعور أن شيئا ما سيحدث ولكنه لا يعرف ما هو.

جدول (٧) الفروق بين القلق والخوف العادى

القلق	الخوف العادى
ـ لايكون الفرد منتبها إلى مصدره عادة. (على مستوى لا شعورى، خوف داخلى من مجهول).	ـ خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوي الشعور ويعرف مصدرها.
ـ يبقى غالبا رغم زوال مثيره الأصلى طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل.	ـ يزول بزوال مثيره.
ـ قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع .	ـ ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلا.
ـ يوجد صراعات.	ـ لا يوجد صراع.

علاج القلق:

القلق العصابى **أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج**. ومن أهم التوصيات العلاجية ما يلى:

- **العلاج النفسى**: يهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتدعيم و المشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة فى النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن النفسى. ويفيد التحليل النفسى وإظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة فى اللاشعور، وتنفيس الكبت، وحل الصراعات الأساسية. ويستخدم العلاج السلوكى خاصة لفك الإشراط المرضى المتعلق بالقلق وللقضاء على اللازمات العصبية الحركية. وتفيد المناقشة والشرح والتفسير والتعليم والإقناع وكشف الأسباب وديناميات‌ها وشرح الجهاز العصبى خاصة الجهاز العصبى المركزى والذاتى والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق.
- **الإرشاد النفسى**: ويشمل الإرشاد العلاجى والإرشاد الزواجى وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها.
- **العلاج البيئى**: أى تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر. والعلاج الاجتماعى والرياضى والرحلات والصداقات والتسلية، والعلاج بالموسيقى، والعلاج بالعمل.

* **العلاج الطبي**: للأعراض الجسمية المصاحبة وطمأنة المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي واستخدام المسكنات (مثل الباربتورات «أميتال Amytal») واستخدام المهدئات (مثل ستيلازين Stelazine) والعقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم Librium). وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوى المنشأ. ويجب الحرص فى استخدام العقاقير المهدئة خشية حدوث الإدمان. ويرجح البعض أنه فى حالة القلق يزيد الأثر النفسى أكثر من المفعول الكيميائى للعقار. وقد وجد أن العلاج النفسى المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية Placebo كان فعالا قدر فعالية استخدام العلاج النفسى المختصر مع استخدام العقاقير (كوجلر وبريل Koegler & Brill، ١٩٦٧). كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائى فى بعض الأحيان.

مآل القلق:

مآل القلق **حسن جدا وخاصة**: كلما كانت الشخصية قبل المرض متوازنة والأنا قويا، وكلما كانت ظروف حياة المريض أقل قسوة، وكلما كانت مكاسبه الأولية والثانوية من المرض أقل، وكلما كانت دافعيته للشفاء وتعاونه مع المعالج أقوى.

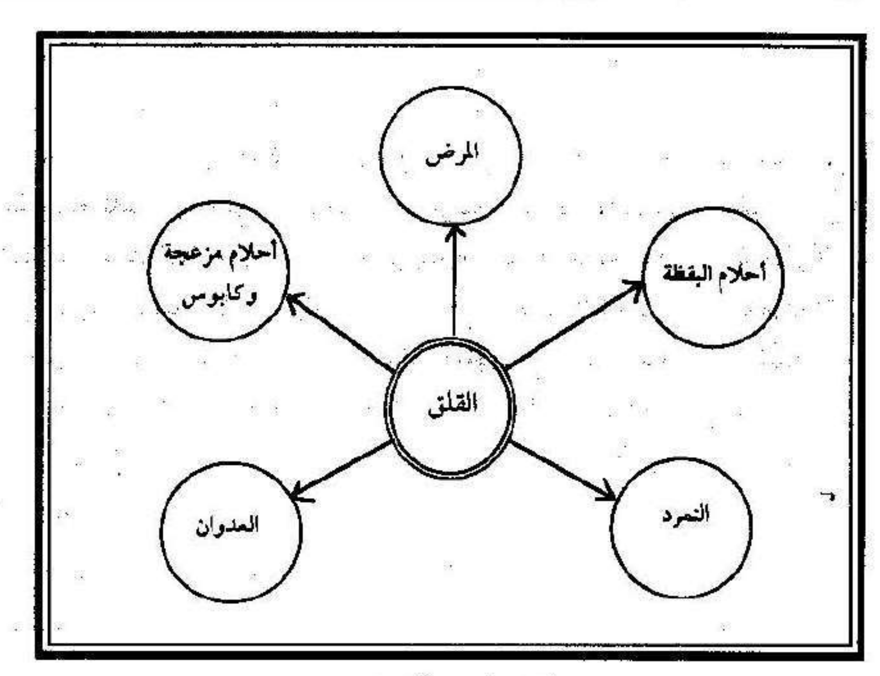
ملاحظات على القلق:

يقل القلق كلما انحسر الضغط الخارجي، وكلما تمكنت الشخصية من استخدام دفاعاتها بنجاح. ومن حيل الدفاع المستخدمة للتخفف من القلق: التبرير (بتحويل القلق إلى مخاوف معقولة) والإنكار (شعوريا أو لا شعوريا) والهروب (من مواقف القلق) والكبت واللامبالاة.

ومن **أهداف القلق** ما يلى: الفوز باهتمام الآخرين وانتباههم، وإرغام المعاشرين على العمل لما فيه راحة المريض وهدوئه، والتخلص من المسئوليات، والسيطرة على الآخرين والتحكم فيهم والهروب من الأوضاع المؤلمة أو المتعبة.

وقد أثبتت البحوث أن **للقلق الموضوعى العادى وظائف** حيوية هامة يمكن للإنسان استغلالها: فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا فتزيد قوة التركيز والتمييز والاستنتاج واتخاذ القرارات وحل المشكلات بسرعة. (يوسف جنينة، ١٩٦٠). وهو قد يلعب دور الدافعية نحو السلوك الهادف. وقد يلعب دور إشارة توجيه الفرد إلى إدراك التهديدات بحساسية شديدة وينبهه للقيام بعمل توافقى (فرازير وكار Frazier & Carr، ١٩٦٤) (انظر شكل ١٤٥).

ويهتم التربويون بدراسة **قلق الاختبار** Test Anxiety، وهو قلق وتوتر وخوف من الاختبارات والامتحانات، ويشاهد لدى الطلاب وأولياء الأمور. ويجب التخلص من قلق الاختبار ضمانا لحسن الأداء والإنجاز.



(شكل ١٤٥) القلق وآثاره السلوكية

توهم المرض

HYPOCHONDRIA

تعريف توهم المرض: (١)

توهم المرض اضطراب نفسى المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك. وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد فى نفسه واهتمامه المرضى الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى، ويعوق اتصاله السوى بالآخرين ويشعر بالنقص والشك فى نفسه كما يعوق اتصاله أيضا بالبيئة المحيطة به. ويطلق عليه أحيانا **«رد فعل توهم المرض»** Hypochondriacal Reaction

مدى حدوث توهم المرض:

يشاهد توهم المرض بصفة خاصة فى العقدين الرابع والخامس من العمر. وقد ثبت أن توهم

(١) يكتب المصطلح الانجليزى أحيانا Hypochondriasis. ويشير المصطلح Hypochondria إلى المنطقة البطنية تحت الضلوع التى كان يعتقد فيما مضى أنها المنطقة التشريحية التى يتركز فيها توهم المرض.

المرض نـادر الحدوث عند الأطفال اللـهم إلا في بعـض حالات فقـد الأم أو الإيداع بالمؤسسات. ويظهر توهم المرض كثيرا في الشيخوخة، وقد يرجع ذلك إلى الحاجة الـشديدة لدى المسنين لجذب الأنظار. وتوهم المرض أشيع لدى الإناث منه لدى الـذكور. ويلاحظ توهم المرض أيضـا في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية.

الشخصية قبل المرض:

تتسم الشخصية قبل المرض بـالتمركز حول الذات بشـكل غير ناضج، و الميـل إلى الانعزال، والاهتمام الزائد بالصحة وبالجسم.

أسباب توهم المرض:

رغم أن المريض يعتقد (واهما) أنه مريض عضويا، إلا أن مشكلته في الحقيقة نفسية المنشأ. وهناك أسباب كثيرة تؤدي إلى توهم المرض.

ومن أهم الأسباب ما يلي:

* الحساسية النفسية عند بعض الناس حيث نجدهم يتوهمون أنهم مرضى بمرض يكونون قد سمعوا عنه من الأطباء أو المعالجين وفهموا فهما غيـر سليم أو أساءوا الفهم أو يكونون قد قرأوا عنه قراءة غير واعية وعلى غيـر أساس علمي في الكتب والمجلات الطبية، ويدعم هذا الاضطرابات الانفعالية الطويلة.

* وجود القلق والضعف العصبي، ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته.

* الفشل في الحياة، وبصفة خاصة الفشل في الحياة الـزواجية. وشعور الفرد بعدم قيمته وعدم كفايته ورفضه. ويكون توهم المرض بمثابة تعبير رمزي عـن هذا الشعور، ومحاولة الهرب من مسئوليات الحياة أو السيطرة على المحيط عن طريق كسب المحيطين والمخالطين.

* العدوى النفسية حيث يكتسب المريض الأعـراض من والديه اكتسابا، حيث يوجد توهم المرض لديهمـا، وحيث يلاحظ اهتمامـهما أكثر من اللازم بـصحة الأولاد، أو خبرة المعاناة الـشديدة من مرض سابق، ووجـود العدوان المكبوت ومـحاولة مقاومتـه، أو وجود تهديد شخـصي لا شعوري مثل قرب دنـو الأجل كما في الشيـخوخة، والخوف من فقدان الحب، وانـهيار الدفاعات النـفسية ضد دفعات العدوان الجنسي.

* ويرى سيجمـوند فرويد Freud أن توهم المرض يـرجع إلى انـسحاب الاهـتمام أو الليبيـدو من الموضوعات في العالم الخارجي وتركيزه على أعضاء الجسم. ويعتقد فرويد (١) أيضا أن:

«توهم المرض = الضعف العصبي + عصاب القلق».

---

(١) ضم فرويد توهم المرض والقلق والضعف العصبي ليكونوا ما أسماه العصاب الحقيقي.

أعراض توهم المرض:

فيما يلى أعراض توهم المرض:

* تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس)، والشعور العام بعدم الراحة.

* تضخيم شدة الإحساس العادى بالتعب والألم، والاهتمام المرضى والانشغال الدائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها. ويشاهد والاهتمام كثرة التردد على أطباء عديدين، والمبالغة فى الأعراض التافهة وتضخيمها والاعتقاد أنها مرض خطير (فمثلا المغص يعتبره قرحة فى المعدة.. وهكذا)، والتركيز على صغائر الأعراض المرضية ومحاولة المريض دائما تشخيص مرضه بنفسه، وهذا التشخيص غالبا ينطبق مع الحقائق المعروفة طبيا، والجرى دائما وراء فتاوي العلاج التى تكتب فى الصحف والمجلات والمحاولات العديدة لعلاج نفسه بطريقة «أى كلام».

* الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة فى المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من أجزاء الجسم. وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة (التى يكون هدف توهم المرض) له علاقة رمزية بالمشكلة التى تكمن وراء توهم المرض (فمثلا المراهقون الذين يعانون من صراعات جنسية يكون توهم المرض لديهم متمركزا حول الأمراض السرية والجنسية)، والإحساس بحركات الأمعاء وضربات القلب وما شابه ذلك، وتنقل وتنوع الشكوى. ويجد المريض شكاوى إضافية من المرض. ويميل المريض إلى تعميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم المرض حتى ليشعر أن الجسم كله فى حالة معاناة، وقد يؤدى هذا إلى حالة انسحاب كامل بعيدا عن العالم المحيط به.

* الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعى ويؤدى إلى الانعزال أو الانسحاب.

تشخيص توهم المرض:

من النادر أن يظهر توهم المرض كعصاب مستقل، ولكن الأغلب والأعم أن يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسى آخر مثل الاكتئاب كما فى حالات اكتئاب سن القعود مثلا.

وفى بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلى مرض عضوى فعلى يجعل الأعراض مبالغا فيها.

علاج توهم المرض:

تتلخص أهم ملامح علاج توهم المرض فيما يلى:

* استخدام الأدوية النفسية الوهمية، واستخدام الأدوية المهدئة.

* العلاج النفسى الذى يركز على التطمين النفسى والإيحاء لمساعدة المريض على كشف صراعاته الداخلية والتخلص منها، وشرح العوامل التى أدت إلى المرض والعلاقة بينها وبين الأعراض،

وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى، ويفيد هنا العلاج النفسى المختصر، والعلاج النفسى الجماعى (١).

* الإرشاد العلاجي للمريض وإرشاد الأسرة خاصة مرافقي المريض كالزوج مثلا نحو عدم المبالغة فى العطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة... إلخ.

* العلاج الاجتماعي وتحقيق تفاعل اجتماعي أكثر عمقا ومعنى، والعلاج بالعمل والرياضة والترفيه لإخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته، وتعديل البيئة والمحيط الأسري ومحيط العمل.

* مراقبة المريض خشية الانتحار إذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب.

مآل توهم المرض:

يكون مآل توهم المرض أفضل بصفة عامة كلما كانت أسبابه محددة وأعراضه واضحة ومكاسبه الثانوية قليلة وتعاون المريض صادقا فى عملية العلاج.

ملاحظات على توهم المرض:

ينظر إلى توهم المرض (من الناحية الدينامية) على أنه **دفاع نفسى** يلجأ إليه المريض لا شعوريا لتحقيق أهداف ومكاسب على رأسها تجنب المسئوليات وتخفيف العمل، والمواساة، والاهتمام به، وتجنب اللوم، وقد يسيطر على من حوله، وربما يحصل على بعض المزايا الأخرى.

ويلاحظ أن **ضحايا توهم المريض** لا يتمارضون ولا يتصنعون المرض شعوريا، ولكن المؤكد أنهم يعانون من القلق والضعف العصبى.

---

(١) ليسمع المريض قول الشاعر:

أيها المشتكي وما بك داء كيف تغدو إذا غدوت عليلا
وإذا ما أظل رأسك هم فاترك البحث فيه كي لا يطولا
أيها المشتكي وما بك داء كن جميلا ترى الوجود جميلا

الضعف العصبى

NEURASTHENIA

تعريف الضعف العصبى: (١)

الضعف العصبى أو **«النيوراستينيا»** هو حالة من الشعور الذاتي المستمر بالضعف النفسى العام الذى يصحبه أعراض عصبية وجسمية. ومن أهم خصائصه الضعف النفسى والجسمى وشدة التعب والإعياء والفتور والإنهاك، وقد يصل إلى درجة الانهيار، وهو يكاد يكون حالة من «التعب المزمن». ويطلق عليه البعض اسم «الانهيار العصبى» أو «الضعف النفسى» أو «الإعياء النفسى» أو «استجابة الضعف» أو «متلازمة التعب» أو «رد فعل الضعف» asthenic reaction.

ولقد أتى على الضعف العصبى حين من الزمن كان يعني عند المشتغلين بالصحة النفسية والطب النفسى كل الأمراض العصابية.

مدى حدوث الضعف العصبى:

الضعف العصبى من أشيع أنماط العصاب النفسى، إذ يعانى منه حوالى٥٪ من مجموع السكان، وحوالي ١٠٪ أو أكثر من مجموع مرضى العصاب. ويشاهد الضعف العصبى عند متوسطى العمر من الراشدين خاصة ربات البيوت المحبطات اللاتي يشعرن أنهن مهملات من أزواجهن اللامبالين.

ويحدث الضعف العصبى لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث. ويشاهد الضعف العصبى بنسبة أكبر فى المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى.

الشخصية قبل المرض:

تتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية: الانطواء والميل للعزلة والتمركز حول الذات، والشعور بعدم الأمن والرفض والإحباط الانفعالى، والشعور العام بعدم الرضا، والسلبية وقلة الكلام وقلة العمل، والاعتمادية والحاجة إلى المساندة والانتباه والحماية، والهروب من المسئوليات، وسيادة روح التشاؤم، واستمرار الشكوى.

ومن أمثلة الشخصية التى تعانى من الضعف العصبى ربة البيت العصبية (دائمة النرفزة) أو رجل الأعمال الذى يبدو عليه الإنهاك burnout.

(١) المعنى الحرفى للمصطلح الانجليزى neurasthenia هو «ضعف الأعصاب». وكان سبب إطلاق هذا الاسم هو الاعتقاد بأن المرض ينتج من الإجهاد الناتج عن وقوع الشخص فى صراع طويل يؤثر فى أعصابه بسبب التغيرات الكيميائية التى تحدث وتصيب الجهاز العصبى. والصحيح أن الضعف العصبى عصاب نفسى المنشأ وليس عضوى المنشأ.

أسباب الضعف العصبي:

أسباب الضعف العصبي **نفسية في جملتها وأهمها:**

* الصراع النفسي ذو التاريخ الطويل نتيجة تضارب الرغبات والإقدام والإحجام في السلوك مما يسبب الإنهاك والضعف، والإحباط المتكرر وعدم إشباع حاجات الفرد،والفشل والحرمان واليأس والشعور بالنقص، والتوتر النفسي والاضطرابات الانفعالية العنيفة الطويلة والصدمات الانفعالية، والشعور بالعجز المفاجئ في حيل وأساليب الدفاع النفسي التي كان يعتمد عليها الشخص في مواجهة ضعفه وشعوره بالنقص (كحيلة التعويض مثلا)، ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته.

*النمو المضطرب للشخصية، وعدم ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس وسهولة الإيحاءوالاستهواء، واعتقاد الفرد في قلة حيلته وضعف إمكاناته، وعدم وجود خطة وفلسفة للحياة وعدم وضوح الأهداف، والملل والحياة الرتيبة، ونقص الميول والاهتمامات.

*الاضطرابات الأسرية والانهيار الأسري وطرق التربية الخاطئة (القسوة والحماية الزائدة ـ والتدليل... إلخ)، وضعف الروح الاجتماعية والهروب من تحمل المسئوليات وعدم التعود عليها، وسوء التوافق الاجتماعي، ووجود اضطراب مماثل لدى أحد الوالدين أو الأفراد المهمين في حياة الفرد واكتساب وتعلم الأعراض منه خاصة في حالة وجود مكاسب ثانوية لهذا السلوك المرضي المكتسب.

*العمل الشاق المرهق تحت الضغط المصحوب بالقلق والمجهود المجهد الذي يستنفد الطاقة العصبية ويعوق الاسترخاء ويحول دون الاستمتاع بالحياة.

*الحضارة الحديثة وضغوطها الشديدة ومطالبها الكثيرة، وضغط مشكلات الحياة والاتجاهات السالبة نحوها وعدم الاستعداد لمواجهتها والضغوط النفسية المتعلقة بالمنافسة والخضوع والإهانة والنبذ والعدوان والحروب... إلخ.

* ويعزي سيجموند فرويد Freud الضعف العصبي إلى الكبت الجنسي والسموم الجنسية sexual toxins (١) والانحرافات الجنسية المفرطة والصراعات الجنسية والإفراط في ممارسة العادة السرية والشعور بالإثم.

* التكوين الجسمي، حيث لوحظ ظهورالضعف العصبي في الأشخاص ذوي التكوين الجسمي النحيف الواهن الذين يتصفون بشدة حساسية الجهاز العصبي.

أعراض الضعف العصبي:

الأعراض الجسمية: وتشمل: التعب المستمر (دون أساس عضوي) والشعور بالضعف العام

(١) ضم فرويد الضعف العصبي والقلق وتوهم المرضى ليكونوا ما أسماه العصاب الحقيقي.

والإجهاد وتخاذل القوى والإعياء لأقل مجهود والخمول والكسل ونقص الحيوية والنشاط والضعف الصحى والعصبى والنفسى، وبعض الآلام العامة غير المحددة، والصداع والشعور بالضغط فى الرأس، وهبوط ضغط الدم والإحساس بضربات القلب، وشحوب الوجه، والتغيرات والاضطرابات الحشوية وضعف الشهية وعسر الهضم والإمساك، والضعف الجنسى (عند الرجال)، واضطراب العادة الشهرية (عند النساء). وآلام الظهر خاصة الألم القطني والعجزى، والأرق واضطراب النوم والأحلام المزعجة، والتعب عند الاستيقاظ من النوم.

الأعراض النفسية: وتشمل: القلق العابر المصحوب بالتوتر وعدم الاستقرار، والشعور بالضيق والتبرم وتدهور الروح المعنوية والتشاؤم، والشعور بالإحباط وضعف الطموح والشعور بالنقص والضعف والعجز، وتشتت الانتباه وضعف القدرة علي التركيز، وضعف الذاكرة، وعدم القدرة علي مواصلة التفكير فى موضوع معين، والاستغراق فى أحلام اليقظة، والاكتئاب والهم، والحساسية الانفعالية الزائدة، والقابلية الشديدة للاستثارة، وسرعة التهيج والغضب وعدم تحمل الضجيج والأصوات الشديدة والضوضاء العالية، والثورة وضعف العزيمة والإرادة، وفتور الهمة وضعف الحماس وعدم الرغبة فى العمل وعدم القدرة على إتمام ما يبدؤه منه، وعدم القدرة على تحمل المسئوليات، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والهروب من مجابهة المشكلات وحلها، والشك فى الناس والاستبطان (بدرجة مرضية)، والتعويض والسلبية والتبرير والتمركز حول الذات، وفتور النشاط الاجتماعى، والاعتماد على الغير والتبرم بأوضاع الحياة وفقدان الاهتمام بها، وسوء التوافق المهنى، والمخاوف، وتوهم المرض.

تشخيص الضعف العصبى:

يلاحظ أنه من النادر أن يظهر الضعف العصبى كعصاب مستقل ولكنه يظهر كإضافة أو عرض لمرض نفسى آخر كما فى الفصام البسيط أو الاكتئاب.

وينبغى عدم الإكثار من الوسائل التشخيصية.

ويجب المفارقة بين الضعف العصبى وبين الاكتئاب. فالضعف العصبى يكون مستمرا والشكوى الأساسية هى الأعراض الوظيفية، والاكتئاب أحد هذه الأعراض، ويناقش المريض أعراضه ويتحدث عنها.

ويجب المفارقة بين الضعف العصبى والفصام المبكر. ففى الفصام المبكر لا يهتم المريض بالمحيط الخارجى ويستغرق فى أحلام اليقظة وتظهر عنده الهذيانات والهلوسات.

ويجب المفارقة بين الضعف العصبى وبعض الاضطرابات العضوية الجسمية الأخرى مثل فقر الدم أو نقص الفيتامينات أواضطراب الغدد الصماء واضطراب عمليات البناء والهدم فى الجسم.

ويجب المفارقة بين التعب النفسى والتعب الجسمى. فالتعب الجسمى يحدث نتيجة الإجهاد فى العمل وقضاء الساعات الطويلة تحت الضغط العقلى والعضلى ونقص النوم، ومثل هذا التعب يزيله

الراحة و النوم. أما التعب النفسي العصابي فهو الذي يحدث في غيبة مثل هذه العوامل السابق ذكرها أو عندما يستمر على الرغم من الراحة والنوم.

علاج الضعف العصبي:

من **أهم التوصيات العلاجية** ما يلي:

* **العلاج الطبي:** للأعراض العضوية الصريحة لدى المريض واستخدام المهدئات والمنومات واستخدام بعض المقويات، مع الاهتمام بالراحة والنوم. وتفيد التمرينات الرياضية، والعلاج بالماء الاهتمام بالراحة والنوم.

* **العلاج النفسي:** تستخدم الطريقة المناسبة للحالة مثل التحليل النفسي، وعلاج الشرح والإقناع، والعلاج التدعيمي مع توجيه الاهتمام إلى اكتشاف وإزالة كافة الأسباب مع الاهتمام بمفهوم الذات وتقوية وتأكيد وإعادة الثقة ومساعدة المريض على فهم نفسه ومعرفة إمكاناته وحل صراعاته وحل مشكلته النفسية مع الاهتمام بتنمية و تطوير شخصيته نحو النضج وتشجيع المريض على أن يقبل على معركة الحياة بقوة وليس بضعف. وفي ضوء هذا يتم تعديل أهداف المريض وتعديل أسلوب وفلسفة حياته.

* **العلاج الاجتماعي:** والعلاج الأسري والتوافق الاجتماعي وتعديل الاتجاهات وتحسين الظروف الاجتماعية وإثارة الميول والاهتمامات لدى المريض، مع الاهتمام بالعلاج البيئي وتعديل البيئة المباشرة والمحيطة، والاهتمام بالتوجيه المهني بغية تحقيق النجاح الحقيقي في العمل.

مآل الضعف العصبي:

مآل الضعف العصبي حسن كلما كانت العوامل المسببة واضحة وتزال.

ملاحظات حول الضعف العصبي:

من **أهداف الضعف العصبي ومكاسبه** مايلي: لفت الأنظار واسترعاءالانتباه، وإعفاء الفرد من كثرة المسئوليات والأعباء الملقاة عليه، والفوز بالعطف والتعاطف والاهتمام من الآخرين، والحصول على العون وإشباع دافع الاعتماد على الآخرين دون المساس بالكرامة الشخصية، وتلقي الإعجاب لما يبذله من جهود فوق طاقته كشخص مريض ضعيف الأعصاب مرهق القوى، والنظر إليه كبطل مناضل.

ويعتبرالبعض أن الضعف العصبي **يعبررمزيا** عن شعورالفرد بعدم قيمته ورفضه.

الهستيريا
HYSTERIA

تعريف الهستيريا[١]:

الهستيريا مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة. وهى **عصاب تحولى** تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى لغرض فيه ميزة للفرد أو هروبا من الصراع النفسى أو من القلق أو من موقف مؤلم دون أن يدرك الدافع لذلك. وعدم إدراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن المتمارض الذى يظهر المرض لغرض محدد مفيد.

وفى الهستيريا تصاب **مناطق الجسم التى يتحكم فيها الجهاز العصبى المركزى** (الإرادى) مثل الحواس وجهاز الحركة. وهذا غير المرض النفسى الجسمى حيث تصاب الأعضاء التى يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى (اللاإرادى).

ويطلق البعض على الهستيريا اسم **«الهستيريا التحويلية»** Conversion Hysteria أو **«رد فعل التحويل»** Conversion Reaction أى التى تعنى تحويلا جسميا لأمور نفسية نظرا لأنها تعتمد علي حيلة دفاعية نفسية أساسية هى التحويل حيث تحول الانفعالات والصراعات إلي أعراض جسمية كحل رمزى للصراع.

مدى حدوث الهستيريا:

قل انتشار الهستيريا عن ذى قبل. فقد كانت أكثر انتشارا فى أواخر القرن الماضى وأوائل القرن الحالى وإبان الحربين العالميتين الأولى والثانية عنها الآن. والهستيريا أكثر شيوعا عند الإناث منها عند الذكور. وتزداد الأعراض الهستيرية فى مراحل العمر الحرجة فى الطفولة وعند البلوغ وفى الشيخوخة. والهستيريا أشيع عند الأشخاص ذوى الذكاء المتوسط أو دون المتوسط.

الشخصية الهستيرية Hysterical Personality:

تسمى شخصية مريض الهستيريا قبل المرض باسم «الشخصية الهستيرية»، وهى تشبه شخصية الأطفال. ولو تأملنا سلوك الشخص الهستيرى لوجدناه سلوك «طفل كبير». ويعتبر البعض الشخصية الهستيرية **بمثابة «كاريكاتير» لشخصية الفرد.** (بول شودوف Chodoff، ١٩٨٢).

(١) اشتق هذا الاسم من اللفظ الإغريقى Hystera أى الرحم، لأن الفكرة التى كانت شائعة فى ذلك الوقت أن هذا

ومن أبرز **سمات الشخصية الهستيرية** مايلي:

* العاطفية الزائدة، والقابلية الشديدة للإيحاء، والمسايرة، وحب المجاملة والمواساة والحساسية الشديدة، وسرعة الخجل وعدم النضج الانفعالي، والتذبذب الانفعالي، وتقلب المزاج، وعدم التحكم في الانفعالات، والسذاجة، وسطحية المشاعر، وعدم النضج النفسي الجنسي.
* التمركز حول الذات، والأنانية، ولفت الأنظار، واستدرار العطف، والاعتزاز بالنفس وحب الظهور، والاستعراض. وفي بعض الأحيان الانبساط، والاجتماعية، وحب الاختلاط، وعدم الاستقرار، والاعتماد على الآخرين، والتواكل، والانقياد (التبعية)، والشعور بالنقص.
* المبالغة والتهويل والاستغراق في الخيال، والسلوك التمثيلي والاستعراض والتكلف والاندفاع وعدم النضج.
* الاعتماد على الكبت كدفاع أساسي، والاستعداد لتكثيف الانفعالات وتحويلها إلي أعراض جسمية.

أسباب الهستيريا:

فيما يلي **أهم أسباب الهستيريا**:

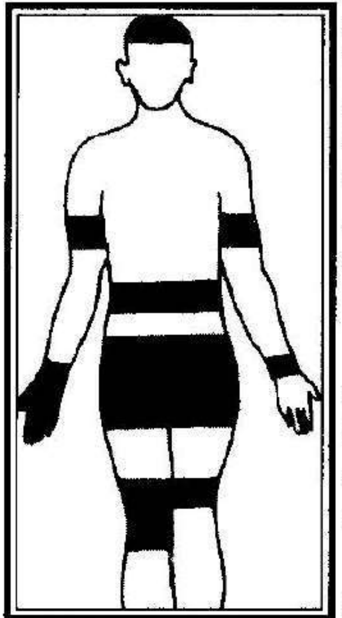
* تلعب الوراثة دورا ضئيلا للغاية، بينما تلعب البيئة الدور الأكبر. ويرجع إيفان بافلوف Pavlov وأنصار التفسير الفسيولوجي الهستيريا إلى ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي. وعادة مايكون المريض الهستيري ذا تكوين جسمي نحيف واهن.
* من الأسباب النفسية: الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية، والصراع الشديد بين الأنا الأعلى وبين الهو (وخاصة الدوافع الجنسية) والتوفيق عن طريق العرض الهستيري[1]، والإحباط وخيبة الأمل في تحقيق هدف أو مطلب، والفشل والإخفاق في الحب، والزواج غير المرغوب فيه والزواج غير السعيد، والغيرة، والحرمان ونقص العطف والانتباه وعدم الأمن، والأنانية والتمركز حول الذات بشكل طفلي، وعدم نضج الشخصية وعدم النضج الاجتماعي، وعدم القدرة على رسم خطة للحياة، وأخطاء الرعاية الوالدية مثل التدليل المفرط والحماية الزائدة... الخ، والضغوط الاجتماعية والمشكلات الأسرية والتوتر النفسي والهموم، والرغبة في الهروب منها، والرغبة في العطف واستدرار اهتمام الآخرين، والحساسية النفسية وسرعة الاستثارة وعدم النضج الانفعالي والضغوط الانفعالية والصدمات الانفعالية العنيفة وكبتها والهروب منها عن طريق تحويلها إلى أعراض الهستيريا.
* كون أحد الوالدين شخصية هستيرية فيأخذ الطفل عنه (اكتسابا) سمات الشخصية الهستيرية.

(١) يلاحظ أن نظرية فرويد Freud عن الهستيريا هي أساس نظرية التحليل النفسي. وقد أخذ فرويد مثلا حالة الآنسة دورا التي كانت تحب طالب طب وعدها بالزواج وأخلف فأصيبت بالشلل الهستيري.

* من الأسباب المعجلة أو المباشرة فشل فى حب أو صدمة عنيفة، أو التعرض لحادث أو جرح أو حرق.. إلخ.

* تعتبر سلطة وسيطرة الذكر على الأنثى من أهم أسباب الهستيريا عند الإناث. (بول شودوف Chodoff، ١٩٨٢).

أعراض الهستيريا:



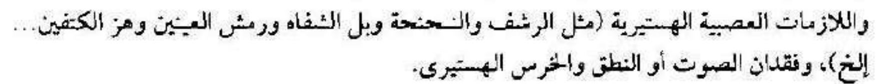
شكل (١٤٦) مناطق فقدان الحساسية فى الهستيريا

لاتوجد كل أعراض الهستيريا مجتمعة فى مريض واحد. ومعظم أعراض الهستيريا يكون تقليدا للأعراض العضوية. وقد تنتقل أعراض الهستيريا بطريق الإيحاء والتقليد من شخص آخر بينه وبين المريض ارتباط عاطفى ويلاحظ على المريض اللامبالاة وعدم الانفعال والهدوء النفسى وهو يتحدث عن أعراض مرضه (لأن العرض الهستيرى يزيل القلق النفسى ويحقق للمريض هدفه اللاشعورى من المرض).

وفيما يلى أهم أعراض الهستيريا[1]:

* **الأعراض الحسية:** العمى الهستيرى، الصمم الهستيرى، فقدان حاسة الشم، فقدان حاسة الذوق، فقدان الحساسية الجلدية فى عضو أو عدة أعضاء، الخدار الهستيرى. (انعدام الحساسية العامة)، الألم الهستيرى (انظر شكل ١٤٦).

* **الأعراض الحركية:** الشلل الهستيرى (النصفى أو الطرفى أو فى الجانبين أو المقعاد)، الرعشة الهستيرية، التشنج الهستيرى والصرع الهستيرى، **عقال العضل** (خاصة فى اليد وخاصة أثناء الكتابة وهو مايسمى عقال الكاتب)، واللازمات العصبية الهستيرية (مثل الرشف والنحنحة وبل الشفاه ورمش العينين وهز الكتفين... إلخ)، وفقدان الصوت أو النطق والخرس الهستيرى.



* **الأعراض العقلية:** اضطراب الوعى، الطفلية الهستيرية (السلوك أو التكلم كالأطفال).

* **الأعراض العامة:** المرض عند بداية المدرسة أو عند الامتحانات، ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة، المرض بمرض عزيز مات به، العرض كامتداد تاريخى لمرض عضوى سابق.

---

(١) قد يكون الاضطراب فى شكل ضعف الوظائف الحسية والحركية وغيرها فقط، فيصاب المريض بزغللة البصر بدلا من العمى أو بثقل السمع بدلا من الصمم... وهكذا.

تشخيص الهستيريا:

يجب المفارقة بدقة بين **الهستيريا والمرض العضوى**. وعلى الأخصائى التأكد من الخلو من الأسباب العضوية للأعراض، واستبعاد وجود مرض عضوى. ونحن نعلم أن العرض الهستيرى يختلف عن العرض العضوى فى أنه غير دقيق من الناحية التشريحية. وقد يكون العرض الهستيرى مجرد امتداد تاريخى لمرض عضوى سابق. وعلى سبيل المثال يمكن المفارقة بين مريض الصرع الهستيرى ومريض الصرع العضوى، فنجد أنه فى حالة الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنوبة وسط الناس ويقع فى مكان آمن بحيث لايصاب، وهو لا يتبول لاإراديا أثناء النوبة ولا يعض لسانه ولا تختفى الانعكاسات لديه، بينما فى مريض الصرع العضوى نجده يقع فى أى مكان ودائما نجد فيه إصابات وكسورا وجروحا وقد يتبول لا إراديا أثناء النوبة وقد يعض لسانه ونجد هناك اضطرابا فى موجات المخ الكهربائية يوضحها رسام المخ الكهربائى.

ويجب عدم الخلط بين أعراض **الهستيريا** وبين أعراض **المرض النفسى الجسمى**. (راجع جدول ٦، ص ٤٧١).

ويجب أيضا عدم الخلط بين أعراض **الهستيريا** وبين أعراض **التفكك**.

ويجب التفرقة بين **الهستيرى والمتمارض**، فالهستيريا لا إرادية، والهستيرى لا يبالى بأعراضه ولا يعيرها اهتماما كبيرا، بينما التمارض إرادى ، والمتمارض يعير أعراضه اهتماما زائدا، ويدرك الفائدة التى يجنيها من وراء تمارضه.

وعلى العموم **تدل المؤشرات الآتية على حالة الهستيريا:**

* حدوث المرض فجأة أو فى صورة درامية.
* نقص قلق المريض بخصوص مرضه وعدم مبالاته وهدوئه النفسى وهو يتحدث عن أعراض مرضه.
* الضغط الانفعالى قبل المرض.
* وجود مكسب ثانوى من وراء المرض.
* تغير الأعراض بالإيحاء.
* اختلاف شدة الأعراض فى فترة وجيزة.
* عدم النضج الانفعالى فى الشخصية قبل المرض.
* نقص الارتباط بين الأعراض والناحية التشريحية للأعصاب الحسية والحركية، لأن المريض ليس طبيبا والمرض ليس عضويا أصلا، فنجد نمط فقد الإحساس غير ثابت وفقد الإحساس لا يتطابق مع التوزيع التشريحى... وهكذا. (كولينز Collins، ١٩٦٢).

علاج الهستيريا:

فى بعض الحالات قد تكون الهستيريا وقتية وتشفي تلقائيا خاصة إذا لم تحقق هدفها. ويستحسن علاج مرض الهستيريا بالعيادة الخارجية ويحسن إبقاء المريض فى مكان عمله.

وفيما يلى أهم ملامح علاج الهستيريا[١]:

* **العلاج النفسى**: ويتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها. وقد يستخدم الأخصائى التنويم الإيحائى لإزالة الأعراض. ويلعب الإيحاء والإقناع دورا هاما هنا. ويستخدم التحليل النفسى للكشف عن العوامل التى سببت ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية وراءها ومعرفة هدف المرض . ويقوم المعالج بالشرح الوافى والتفسير الكافى للأسباب ومعنى الأعراض. كذلك يفيد العلاج النفسى التدعيمى ومساعدة المريض على استعادة الثقة فى نفسه وتعليمه طرق التوافق النفسى السوى والعيش فى واقع الحياة. ويستخدم العلاج الجماعى خاصة مع الحالات المتشابهة، ويجب أن يعمل المعالج باستمرار على إثارة تعاون المريض وتنمية بصيرته ومساعدته فى أن يفهم نفسه ويحل مشكلاته ويحاربها بدلا من أن يهرب منها ويقع ضحية لها. ويلاحظ أن بعض المعالجين يستخدمون نوعا من الحقن (أميتال صوديوم) لتسهيل عملية التنفيس والإيحاء والإقناع (التحليل التخديرى).
* **الإرشاد النفسى**: للوالدين والمرافقين كالزوج أو الزوجة. وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط لأن ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها هى التى تجذب الانتباه إليه.
* **العلاج الاجتماعى**: والعلاج البيئى وتعديل الظروف البيئية المضطربة التى يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته.
* **العلاج الطبى**: للأعراض، وفى ذلك أيضا حفظ لماء وجه المريض. ويستخدم علاج التنبيه الكهربائى أو علاج الرجفة الكهربائية. وفى بعض الأحيان يلجأ المعالج إلى استخدام الدواء النفسى الوهمى Placebo ويفيد فائدة كبيرة.

مآل الهستيريا:

يلاحظ أن حوالى ٥٠٪ من مرضى الهستيريا يتم شفاؤهم تماما مع العلاج المناسب، وأن حوالى ٣٠٪ يتحسنون تحسنا ملحوظا، وأن حوالى ٢٠٪ يتحسنون تحسنا بسيطا أو تستمر معهم الأعراض.

---

(١) يروى فى تاريخ الطب العربى كيف نجح جبريل بن بختشيوع طبيب هارون الرشيد فى علاج جارية من الشلل الهستيرى بأن تظاهر فجأة بأنه سيخلع عنها ملابسها أمام الناس فانتفضت الجارية لهذه الصدمة المفاجئة ومدت يدها لتمسك طرف ثوبها، فشفيت مما كان بها من شلل هستيرى.

وعلى العموم يكون مآل الهستيريا أفضل: كلما كان بدء المرض فجائيا وحادا واستمر لمدة قصيرة قبل بدء العلاج، وكلما كان المكسب من وراء المرض ليس كبيرا، وكلما كانت العلاقات الشخصية والأسرية سليمة نسبيا، وكلما كان المريض متوافقا مهنيا.

ملاحظات على الهستيريا:

الهستيريا هى أكثر أشكال العصاب من **الناحية الدرامية**.

ومن **أهداف الهستيريا ومكاسبها** التعبير الرمزى عن الدوافع والنزعات المكبوتة التى يأباها الضمير، أو تجاهلها أو نكرانها، أو تدعيم كبتها[1]، وحفظ ماء الوجه لوجود عذر شرعى يخدع الفرد به نفسه ويخدع به الآخرين، والحصول على انتباه واهتمام وعطف وتسامح الغير، والانتقام من الآخرين وإرغامهم على الابتعاد عنه، والهروب من المسئوليات والإعفاء من التبعات والواجبات والارتباطات والالتزامات، والاعتذار عن فشل محتمل، والتحرر من الصراع النفسى الذى لايحتمل، واحتمال الألم الجسمى الذى يكون أهون من احتمال الألم النفسى، والظهور بمظهر البطولة المتألمة فى صبر وصمت. وقد يكون المرض وسيلة لإرضاء حاجة الفرد إلى عقاب نفسه.

وقد يحدث **الجمع بين المرض العضوى والهستيريا** فى نفس المكان، فأحيانا لا تكون الأعراض كلها هستيرية أو كلها عضوية وإنما تكون خليطا من الاثنين. ويظهر هذا عندما يشفى المريض من مرضه العضوى، فقد يعاوده المرض فى ظروف معينة فى شكل هستيرى.

والهستيريا لها علاقة وثيقة بالقلق، فهى تحل محل القلق فيتحرر منه المريض، والعكس صحيح، فقد يظهر القلق متى اختفت أعراض الهستيريا.

(١) تخفى أعراض الهستيريا أشياء ترمز لها. فمثلا العمى الهستيرى قد يرمز إلى عدم الرغبة فى رؤية عنصر غير مقبول فى الواقع.

الخـــواف
«الخوف المرضى»
PHOBIA

تعريف الخواف:

هو خوف مرضى دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعى، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أنه غير منطقي، ورغم هذا فإن هذا الخوف يتملكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهرى(١).

وهناك **فرق بين الخوف (العادى) وبين (الخوف المرضى)**. فالخوف العادى غريزة، وهو حالة يشعر بها كل إنسان فى حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلا مثل حيوان مفترس حين يشعر باقترابه ينفعل ويخاف ويقلق ويسلك سلوكا ضروريا للمحافظة على الحياة هو الهرب. فالخوف العادى إذن هو خوف موضوعى أو حقيقي (من خطر حقيقى). أما الخواف (الخوف المرضى) فهو خوف شاذ ودائم ومتكرر ومتضخم مما لايخيف فى العادة، ولا يعرف المريض له سببا. وقد يكون الخواف عاما غير محدد ، وهميا أو غير حسى، كالخوف المرضى من الموت، أو العفاريت... إلخ.

ويطلق البعض على الخواف اسم «**استجابة الخواف**» phobic reaction. ومازال بعض المؤلفين يحتفظون بالمصطلح الأفرنجى وهو «فوبيا».

وترجع الإشارة إلى الخوف إلى أيام هيبوقراط Hippocrates. وفى القرن التاسع عشر نشر ويستفال Westphal سنة ١٨٧٢ تقريرا عن ثلاث حالات من خواف الأماكن المتسعة . وأدلى كل من كرابلين Kraepelin وسيجموند وفرويد Freud وأوتو فينيخل Fenichel بدلوه فى دراسة الخواف.

مدى حدوث الخواف:

يمثل مرضى الخواف حوالى ٢٠٪ من مجموع مرضى العصاب. ويحدث الخواف بنسبة أكبر لدى الأطفال والمراهقين وصغار الراشدين. والخواف أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور.

الشخصية قبل المرض:

تتسم الشخصية قبل المرض بالعصابية، والتطرف فى الأنانية، والتمركز حول الذات، والانطواء والتشاؤم والخجل والجبن.

---

(١) يقول الشاعر:

وما الخوف إلا ما تخوفه الفتى وما الأمن إلا ما رآه الفتى أمنا

أسباب الخواف:

يرجع الخواف إلى **عدة أسباب وعوامل هي:**

* تخويف الأطفال، وعقابهم، والحكايات المخيفة التي تحكى لهم، والخبرات المريرة القاسية التي يمرون بها، والخبرات المخيفة المكبوتة (خاصة منذ الطفولة المبكرة).
* الظروف الأسرية المضطربة (الشجار والانفصال والطلاق والعطف الزائد والحماية الزائدة والوالدان العصابيان)، والسلطة الوالدية المتزمتة، والتربية الخاطئة (كالمنع والعقاب والرهبة، وعدم المساواة في المعاملة بين الأطفال).
* خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد، وعدوى الخواف من مريض به إلى مخالطيه.
* القصور الجسمي، والقصور العقلي، والرعب من المرض.
* الفشل المبكر في حل المشكلات.
* الشعور بالإثم وما يرتبط به من خواف (مثل خوف المريض من الأمراض الجنسية نتيجة لشعوره بالذنب الناجم عن اتصال جنسي محرم.
* يرجع أصحاب المدرسية السلوكية الخواف إلى التعلم الشرطي كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة (المثير الأصلي للخوف وارتبطت بمثير شرطي) حيث تنتقل استجابة الخوف من المثير الأصلي الذي سبب الخوف إلى مثير اقترن به شرطيا. أي أن المثير الشرطي الذي لم يحدث الخوف أصلا قد اكتسب صفات مثير الخوف الأصلي فأصبح يثير الخوف دون وضوح. (١)
* وقد يكون الخواف دفاعا لحماية المريض من رغبة لا شعورية مستهجنة، جنسية أو عدوانية في الغالب (فمثلا قد تشعر امرأة بالخوف من الوحدة، ويكون هذا بمثابة دفاع لحمايتها من احتمال قيامها بعلاقة جنسية محرمة ترغب فيها لا شعوريا).
* وتلعب حيلة الإزاحة دورا ديناميا فعالا في الخواف، حيث تزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لا شعورية، وحيث ينقل الانفعال من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولا (فمثلا خواف المدرسة قد يكون قلقا بسبب الانفصال عن الأم). وهكذا يعتبر الخواف بمثابة ستار من الدخان يلقى على المشكلة لتجنبها وتنحيتها عن الشعور. كذلك فإن إزاحة القلق الناتج عن كبت الدوافع المتصارعة من الداخل إلى الخارج واستنفاد طاقات تلك الدوافع المكبوتة في مخاوف تشغل الشعور وتصرفه بعيدا عن النزعات الداخلية الكريهة التي تبرأ منها الشعور. وقد تحدث الإزاحة من الموضوع أو الوضع المخيف إلى رمز يرتبط به الخوف (ولذلك فلا خطر حقيقي على المريض مما يخافه).

(١) يقول المثل العامي: اللي قرصه الثعبان يخاف من الحبل.

أعراض الخواف:

فيما يلى أهم أعراض الخواف:

* كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف المرضى من: الخوف - الجنس - الولادة - النساء - الرجال - الناس - الغرباء - الأعماق - المرتفعات - الأماكن الواسعة - الأماكن المكشوفة - الأماكن المغلقة - النور - الظلام - البرق - الرعد - المطر - الماء - النار - الدم - التلوث - الجراثيم - الحشرات - الديدان - الحيوانات - الثعابين - القطط - الفئران - التسمم - المرض - السرطان - الألم - الموت - المدافن - الزحام - الوحدة - المدرسة - اللغات الأجنبية - المركبات - الكبارى - الماكينات - المسننات - العفاريت - العدد ١٣ ... إلخ. (انظر شكل ١٤٧). (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢).



شكل (١٤٧) الخواف

* القلق والتوتر.
* ضعف الثقة فى النفس، والشعور بالنقص، وعدم الشعور بالأمن، والتردد وإضاعة الوقت بعمل ألف حساب لكل أمر، والجبن، وتوقع الشر، وشدة الحرص، والانسحاب والانفراد والهروب، أو التهاون والاستهتار، والاندفاع، وسوء السلوك.
* الإجهاد، والصداع، والإغماء، وخفقان القلب، وتصبب العرق، والتقيؤ، وآلام الظهر، والارتجاف، واضطراب الكلام، والبوال أحيانا.
* السلوك التعويضى مثل: النقد والسخرية، والتهكم، وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
* الأفكار الوسواسية، والسلوك القهرى.
* الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادى. ويصبح الخواف عائقا معجزا (مثل الامتناع عن الأكل فى المطاعم أو الامتناع عن التنزه أو الرياضة أو حتى مغادرة المنزل أو عبور الطريق).(١)

تشخيص الخواف:

يحب أولا المفارقة بين الخوف العادى وبين الخوف المرضى (الخواف) (راجع تعريف الخواف).

ويجب التفريق بين الخواف (كمرض) وبين الخواف (كعرض). فالخواف أحيانا يكون مصاحبا لأمراض أخرى كعرض. فهو عرض هام من أعراض القلق النفسى والاكتئاب والوسواس والقهر والهذاء.

(١) يقول المثل العامى: اللى يخاف من العرسة ما يربيش كتاكيت.

ويجب المفارقة بين الخواف وبين القلق حيث في الخواف يسيطر المريض (نسبيا) على القلق ويربطه بوضع أو موضوع خارجي وتكون الدفاعات الرئيسية هي الكبت والإزاحة والتجنب.

الوقاية من الخواف:

للوقاية من الخواف **يجب اتخاذ الإجراءات الآتية:**

* منع مثيرات الخوف (الخبرات والحكايات)، والحيلولة دون تكون الخوف الشرطى.
* التعويد العادي والخبرة والممارسة والتجريب فى الخبرة السارة غير المخيفة.
* عدم القلق على الأولاد، وإذا تعرض الطفل لخبرة مخيفة تشرح له فى هدوء مع إزالة الخوف خيرا من الكبت اللاشعورى.
* التقليل من التحذير والمبالغة فى النقد ومنع الاستهزاء.
* عدم خوف الكبار وخاصة الوالدين حتى لا ينتقل الخواف إلى أولادهم بالتقليد.

علاج الخواف:

يجب أولا إثارة رغبة العميل فى العلاج. وفيما يلى **أهم ملامح العلاج:**

* **العلاج النفسى:** خاصة التحليل النفسى للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزى للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض والفهم الحقيقى والشرح والإقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف. ويستخدم أيضا العلاج النفسى التدعيمى، وتنمية الثقة فى النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وإبراز نواحى القوة والإيجابية لدى الفرد، وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه واكتسابه الخبرات بنفسه، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة. ويستخدم كذلك العلاج النفسى المختصر فى حالة حديثة الظهور، ويستفيد بعض المعالجين بالتنويم الإيحائى.
* **العلاج السلوكى** الشرطى وكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك وفك الإشراط والتعرض لمواقف الخواف نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة والتعويد العادى فى الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف (وقد تستخدم بعض الأدوية المهدئة للتقليل من حدة القلق المصاحب لمثل هذه المواقف). ويستخدم أسلوب التحصين التدريجى بصفة خاصة كما استخدمه يوسف فولب Wolpe وكما طوره لانج Lang مستخدما جهاز التحصين التدريجى الآلى (راجع العلاج السلوكى - أسلوب التحصين التدريجى).
* **العلاج الاجتماعى** والتشجيع الاجتماعى، وتنمية التفاعل الاجتماعى السليم الناضج.
* **العلاج البيئى**، وعلاج مخاوف الوالدين، وعلاج المناخ الأسرى الذى يجب أن تسوده المحبة

والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية وعلاج الوالدين والأقارب في حالة عدوى الخوف. وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة في ضبط الانفعالات والتقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج والتقليل من المشاجرات وعدم الخوف وعدم حكاية الحكايات المخيفة للأطفال.

* **العلاج الطبي**: للأمراض المصاحبة للخوف الرئيسي وخاصة إذا كانت تعرقل حياة المريض وتعوق توافقه الاجتماعي بشكل واضح.

مآل الخواف:

مآل الخواف حسن ويدعو إلى التفاؤل بصفة عامة شريطة التشخيص الدقيق وتعاون المريض والعلاج السليم.

ملاحظات على الخواف:

الخواف **يهدد حياة من يحيا** كما يهدد الخوف حياة من يعبر قناة على لوح خشب ضيق والخوف يتملكه. ونحن نعلم أن الخوف المبالغ فيه من الخطر أخطر على الفرد ألف مرة من الخطر نفسه[(١)].

وهناك **معان رمزية** للخواف، فخواف الشوارع مثلا قد يرمز إلى الخوف من الاعتداء الجنسي، وكذلك الحال بالنسبة لخواف الثعابين.

وللخواف **أهداف ومكاسب ثانوية**، فقد يعبر عن رغبة لا شعورية عند المريض في أن يعتمد على الآخرين وأن يعتنوا به حين يجذب انتباههم ويلتفون حوله، وقد يهدف إلى التحكم في الأشخاص المحيطين به، والهروب من مواقف مقبضة. وقد يكون للخواف أغراض غير مباشرة (فمثلا الطفل الذي يخاف من الوحدة قد يكون هدفه أن تكون أمه بجانبه دائما ليضمن ألا يختلي أبوه بأمه).

---

(١) ونحن نعرف أن «اللي يخاف من العفريت يطلع له»، و«خوفك من الهزيمة يلحقها بك»، و«من خاف من تلوث الماء مات عطشا».

عصاب الوسواس والقهر

OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSIS

تعريف عصاب الوسواس والقهر:

الوسواس Obsession فكر متسلط، **والقهر** Compulsion سلوك جبرى، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته، على الرغم من وعى المريض وتبصره بغرابته وسخفه ولا معنوية مضمونة وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ماتوسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلى للقيام به (١).

والوسواس والقهر عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.

وكان فيما مضى يطلق على عصاب الوسواس والقهر والخواف معا اسم «الوهن النفسى» أو «الإنهاك النفسى» Psychasthenia. ومازال البعض يرون أن الوسواس والخواف يرتبطان ببعضهما البعض إلى حد كبير، وأن كل الوساوس مخاوف وأن كل المخاوف وسواسية.

وحاليا يطلق عليه البعض اسم **«رد فعل الوسواس والقهر»**. Obsessive-compulsive Reaction، وأحيانا يقتصر البعض على استخدام مصطلح «الوسواس» ويقصدون بذلك عصاب الوسواس والقهر وذلك لتلازمهما.

مدى حدوث عصاب الوسواس والقهر:

عصاب الوسواس والقهر من أقل الأمراض النفسية شيوعا. ونسبة المرضى به حوالى ٥٪ من مجموع مرضى العصاب. والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث. وقد يبدأ المرض فى أوائل العشرينات من حياة الفرد. ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر فى الطبقات الاجتماعية الأعلى وعند الأشخاص الأذكى.

الشخصية قبل المرض:

تسمى الشخصية فى هذه الحالة **«الشخصية الوسواسية القهرية»** ومن أهم سماتها الجمود والتزمت والعناد والتسلط والبخل والتردد والتشكك والتدقيق والحذر والحذلقة والاهتمام بالتفاصيل وصعوبة التوافق والتباعد، والتمركز المتطرف حول الذات. ويتسم الشخص فى نفس الوقت بالحساسية ويقظة الضمير والفضيلة والتمسك بالكمال والأخلاق وحب النظام والنظافة والطاعة والهدوء ودقة المواعيد والتمسك بالحقوق والواجبات. ويكون ذكاء الشخص عادة متوسطا أو فوق المتوسط.

وهكذا يبدو صاحب الشخصية الوسواسية **شخصا فاضلا** ولكنه غير سعيد.

(١) يبدو أن الانفعالات التى تصاحب الأفكار المتسلطة والسلوك القهرى تناضل ببسالة لتسيطر على الشعور وتسكت صوت المنطق وتطغى على العقل وتجبره على الاعتراف بها على الرغم مما يبذله الشعور من مقاومة.

ومن أمثلة الشخصيات الوسواسية القهرية:

* الموظف الروتيني الملتزمت الشكلي الذي يسرف في المراجعة والتدقيق والتردد، ويفزع من المرونة والتصرف ويتهرب من اتخاذ القرارات والبت السريع.

* ربة البيت التي تعمل ليل نهار في نظافة المنزل والأطفال والملابس والأواني... إلخ.

* العانس التي تسيطر عليها فكرة محددة تعتقد أنها سبب عنوستها وتقوم بأنماط سلوكية قهرية لعل فيها حلا (أو فكا) لعقدتها.

أسباب عصاب الوسواس والقهر:

فيما يلي **أهم أسباب عصاب الوسواس والقهر**:

* الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة.

* الحوادث والخبرات الصادمة.

* الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، والصراع بين إرضاء الدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري، وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها.

* الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن. ولذا يبدو المريض وكأنه يتلمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسواس والقهر.

* الخوف، وعدم الثقة في النفس، والكبت.

* التنشئة الاجتماعية الخاطئة، والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة الأمرة الناهية القامعة، والقسوة والعقاب، والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج في الطفولة.

* الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير، وسعى المريض لاشعوريا إلى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وإراحة للضمير (فمثلا يمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزا لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو بخبرة مكبوتة). (١)

(انظر شكل ١٤٨).



شكل (١٤٨) عصاب الوسواس والقهر

(١) يقول الشاعر:

وموسوس عند الطهارة لم يزل أبدا على الماء الكثير مواظبا
يستصغر النهر الكبير لذقنه ويظن دجلة ليس تكفي شاربا

* تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس والقهر.
* يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثيرا شرطيا للقلق، وإذا ارتبط الفكر الوسواسى بمثير غير شرطى للقلق فإنه يصبح أيضا مثيرا للقلق. ويتكون السلوك القهرى عندما يكتشف الفرد أن سلوكا معينا يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسى، وتخفيف القلق يعزز هذا السلوك القهرى ويثبته ويصبح نمطا سلوكيا متعلما.
* وعتبر سيجموند فرويد Freud أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهرى.
* قد أرجع البعض المرض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة فى لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدى إلى نفس الفكرة أو السلوك تماما كما تشرخ الاسطوانة وتكرر نفس النغمة. وهذه البؤرة على اتصال دائم بالدوائر الكهربائية الأخرى فى لحاء الدماغ تقاوم هذه البؤرة وتكف من نشاطها.
* من حيل الدفاع النفسى الرئيسية فى عصاب الوسواس والقهر حلية التكوين العكسى حيث يهتم الفرد بشكل وسواسى بموضوع يهمله لا شعوريا ويعبر عن الدوافع المستهجنة سلوكيا فى شكل معاكس (ولتوضيح ذلك نجد مثلا الأم التى تحاول التخلص من جنينها الذى حملت به رغم إرادتها ثم تمنت أن يموت عند ولادته، ولكنه بعد أن ولد أصبحت تغسل يديها مرارا قبل لمسه وتغلى ملابسه وأدوات رضاعته باستمرار ولا تسمح لأحد أن يلمسه خشية تعرضه للعدوى والمرض والموت).
* تلعب حيلة الإلغاء أو الإبطال دورا هاما حيث يقوم الفرد بسلوك قهرى يلغى أو يبطل ما قام به فعلا وكان غير مقبول شخصيا أو اجتماعيا (ومثال ذلك إلغاء الأم عقابها لطفلها بإغراقه بالحب).
* تحاول حيلة العزل تطويق ومحاصرة الانفعالات والاندفاعات (التى تسعى للحصول على الاعتراف الشعورى وعلى التنفيس) المثيرة للقلق وتسعى لعزلها وتحاول كبتها وحفظ الفرد من هذا القلق. إذا نجحت هذه الحيلة جزئيا فقط وكان العزل غير كامل، فإن بواقى هذه الانفعالات وفلول تلك الاندفاعات تتسلل مسببة الفكر الوسواسى والسلوك القهرى.

أسباب عصاب الوسواس والقهر:

فيما يلى **أهم أسباب عصاب الوسواس والقهر**:

* الأفكار المتسلطة، ويكون معظمها تشككية أو فلسفية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية (مثل الشك فى الخلق والتفكير فى الموت والبعث والاعتقاد فى الخيانة الزوجية... إلخ)، والانشغال بفكرة ثابتة تتسلط وتحرض على القيام بسلوك قهرى، أو ثبات صورة معينة لمنظر حميد أو كريه يشغل الفرد ويقلقه.

* المعاودة الفكرية، والتفكير الاجتراري (مثل ترديد كلمات الأغاني والموسيقى بطريقة شاذة).
* التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجبة، والأفكار السوداء، والتشاؤم وتوقع الشروتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث.
* الانطواء والاكتئاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري.
* الضمير الحي الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب، والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة، والكمالية والحذلقة والدقة الزائدة.
* الاستبطان المفرط (في النشاط الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي) والاستغراق في أحلام اليقظة.
* القلق إذا وقع الفرد في المحظور وخرج عن القيود والحدود والتحريمات التي فرضها على نفسه فكرا وسلوكا.
* السلوك القهري والطقوس الحركية (مثل المشي على الخطوط البيضاء في الشارع والمشي بطريقة معينة ولمس حديد الأسوار وعد الأشياء التي لا يعدها الناس كطوابق المنازل والشبابيك ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء والسيارات والتوقيع على أي ورقة عددا معينا من المرات... إلخ).
* النظام والنظافة والتدقيق والأناقة الزائدة وحب السيمبترية المفرط (وقت طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس الملابس وخلعها وفي ترتيب الأثاث، فلكل شيء مكان ووضع وكل شيء في مكانه وموضعه... وهكذا).
* الروتينية والرتابة والتتابع القهري في السلوك، والأناة والبطء الزائد في العمل، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
* الشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الأعمال، والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك (مثل تكرار قفل الأبواب ومحابس المياه والغاز...إلخ).
* المخاوف (خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذارة والتلوث والعدوى ولذلك يتجنب مصافحة الناس أو تناول الطعام والشراب الذي يقدم إليه في المناسبات... إلخ).
* السلوك القهري المضاد للمجتمع أي الاندفاع السلوكي للقيام بسلوك مرضي مثل هوس إشعال النار وهوس السرقة وهوس شرب الخمر والهوس الجنسي.

تشخيص عصاب الوسواس والقهر:

قد تلاحظ بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص العادي. وفيصل اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته، وإعاقة أومنع الفرد من تأدية عمله اليومي والتأثيرعلى كفاءته وسوء توافقه الاجتماعي.

ويلاحظ أنه إذا طغى الفكر الوسواسي أكثر كانت الحالة شديدة، أما إذا طغى السلوك القهري كانت الحالة أخف.

ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر كمرض فى حد ذاته أو كعرض من أعراض مرض آخر مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو الفصام.

ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء. والفارق الرئيسى هو أنه فى عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف ولا معقولية وعدم جدوى فكره المتسلط وسلوكه القهرى، أما فى الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماما.

علاج عصاب الوسواس والقهر:

قد يظهر الوسواس والقهر لمدة قصير ويشفى تلقائيا دون علاج. ولكن معظم الحالات تحتاج إلى فترة طويلة تحت العلاج.

وأهم ملامح علاج عصاب الوسواس والقهرمايلى:

* **العلاج النفسى**: وخاصة التحليل النفسى للكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها الرمزى واللاشعورى، وعلاج الشرح والتفسير وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية، وعلاج المعونة والمساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف وتجنب مثيرات الوساوس ومواقفها وخبراتها وإعادة الثقة بالنفس، والعلاج بالإزاحة (أى إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهرى بأفكار بناءة وسلوك مفيد)، والعلاج السلوكى لإزاحة الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة وخاصة باستخدام أسلوبى الكف المتبادل والخبرة المنفرة، والعلاج بالعمل (فى حالة الكبار)، والعلاج باللعب (فى حالة الأطفال).
* **العلاج الاجتماعى**: والعلاج البيئى مثل تغيير المسكن أو العمل.
* **العلاج الطبى**: بالأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر (مثل ليبريوم Librium) ويوصى بعض المعالجين باستخدام علاج النوم فى بعض الحالات. وكانت الجراحة النفسية (شق الفص الجبهى) تستخدم كآخر حل أحيانا وذلك فى حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذى يعطل حياة المريض.

مآل عصاب الوسواس والقهر:

كان ينظر فيما مضى لمآل عصاب الوسواس والقهر على أنه أسوأ من باقى الأمراض النفسية العصابية. أما الآن فالمآل يكاد يوازى باقى الأمراض العصابية، إلا أنه يعتبر من أصعبها علاجا وخاصة فى الحالات الشديدة. ويمكن القول إجمالا إن حوالى ٢٠٪ من الحالات تشفى، وإن حوالى ٤٠٪ تتحسن، وإن حوالى ٤٠٪ لا تتغير حالتها.

وعلى العموم فإن مآل عصاب الوسواس والقهر **يكون أفضل**: كلما كان ظهور المرض حديثا، وكلما كانت هناك أسباب بيئية واضحة ترتبط بظهور المرض، وكلما كانت البيئة التى سيعود إليها المريض بعد العلاج أفضل، وكلما كان توافقه العام والاجتماعى والشخصى أفضل.

الاكتئاب

DEPRESSION

تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه [١].



شكل (١٤٩) الاكتئاب

تصنيف الاكتئاب:

يصنف الاكتئاب إلى ما يلي:

* **الاكتئاب الخفيف:** Mild Depression

وهو أخف صور الاكتئاب.

* **الاكتئاب البسيط:** Simple Depression

وهو أبسط صورالاكتئاب.

* **الاكتئاب الحاد (السواد):** Acute Depression

وهو أشد صور الاكتئاب.

* **الاكتئاب المزمن:** Chronic Depression وهو دائم وليس فى مناسبة فقط.
* **الاكتئاب التفاعلى (أو الموقفى):** Reactive Depression وهو رد فعل لحلول الكوارث، وهو قصير المدى.
* **الاكتئاب الشرطى:** وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلى إلى خبرة جارحة يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أوالخبرة السابقة.
* **اكتئاب سن القعود:** Involutional Depressive Reaction ويحدث عند النساء فى الأربعينات وعند الرجال فى الخمسينات أى عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد. ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفى والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحيانا سوداء سن القعود Involutional Melancholia.
* **الاكتئاب العصابى:** Neurotic Depression.
* **الاكتئاب الذهانى:** Psychotic Depression.

(١) فيلم تعليمى «انقباض النفس».

الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة. وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيات الخطيئة (انظر جدول٨ ص ٥٢٠).

* **الاكتئاب كأحد دوري ذهان الهوس والاكتئاب** (وسيأتي تفصيله).

مدى حدوث الاكتئاب:

يأتي الاكتئاب بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عصابي، ويشاهد الاكتئاب في العشرينات والثلاثينات وسن القعود (سن اليأس). ويحدث الاكتئاب عند الإناث أكثر منه عند الذكور، وعند غير المتزوجين أكثر منه عند المتزوجين. (انظر غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٤).

الشخصية قبل المرض (الشخصية الاكتئابية):

تتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية: الانطواء والانسحاب والهدوء والجدية والانغلاق والخجل والأدب وقلة الأصدقاء، وقلة الاهتمامات، ونمطية العادات والجمود والمحافظة وتحاشي الملذات، وقلة التحمل، والحساسية النفسية والميل إلى البكاء، والتردد والحذر والجبن والسرية، والعناد والخضوع والاعتماد على الآخرين والميل إلى التبعية والتواضع الشديد وخفض قيمة الذات ولوم الذات، وكبت الدوافع، والشعور بالخيبة وعدم الأمن وسوء التوافق الجنسي، وسيطرة الأنا الأعلى على الشخصية والميل إلى تصنع الحياء والحشمة والضمير الحي والتضحية من أجل الآخرين.

أسباب الاكتئاب:

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيئة وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا.

والأسباب النفسية هي الأهم ومنها:

* التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة...إلخ)، والانهزام أمام هذه الشدائد.
* الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك)، وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أوفقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية والفقر الشديد.
* الصراعات اللاشعورية.
* الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
* ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية، والشيخوخة والتقاعد.
* الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات.
* التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال... إلخ).

* عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعى و/ أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالى.

* سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى لقد يظهر فى شكل محاولة الانتحار. ويكون الاكتئاب هنا بمثابة «الكفارة».

أعراض الاكتئاب:

الأعراض الجسمية كثيرة منها:

* انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنّع.

* فقدان الشهية ورفض الطعام (لاعتقاده بعدم استحقاقه أو الرغبة فى الموت وهذا نوع من أنواع الانتحار) ونقص الوزن والإمساك.

* الصداع والتعب (لأقل جهد) وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر (اللومباجو).

* ضعف النشاط العام والتأخر النفسى الحركى والضعف الحركى والبطء وتأخر زمن الرجع.

* الرتابة الحركية واللازمات الحركية.

* نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسى (العنّة عند الرجال) والبرود الجنسى واضطراب العادة الشهرية (عند النساء).

* توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية.

الأعراض النفسية كثيرة أيضا ومنها:

* اليؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذى لا يتناسب مع سببه [1].

* انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسى على الذات.

* عدم ضبط النفس وضعف الثقة فى النفس والشعور بالنقص ونقص الكفاية والشعور بعدم القيمة والتفاهة.

* القلق والتوتر والأرق.

* فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكون والشرود حتى الذهول[2].

(١) إن المكتئب يشرب نهر الحزن إلى آخر قطرة، وكأنه يتحر على مذبح الاكتئاب. وكما يقول المثل العامى: يدق الهم وينخله ويسفّه.

(٢) إذا كان الفرد لا يستطيع أن يصافح الناس وهو مطبق يديه، فكيف يعاملهم وهو مقبض وجهه.

* التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداءللحياة واجترار الأفكار السوداء والاعتقاد بأن لا أمل فى الشفاء، والانخراط فى البكاء أحيانا والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها (١).
* اللامبالاة بالبيئة، ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصى، والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمور العادية (فى المنزل وفى العمل وفى وقت الفراغ).
* بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.
* الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها (وخاصة حول الأمور الجنسية)، وتوقع العقاب.
* أفكار الانتحار أحيانا، ومحاولة الانتحار فى الحالات الحادة. ويلاحظ أن أغلب محاولات الانتحار من الإناث، وأكثر الوسائل شيوعا هى تناول جرعات كبيرة من الأدوية.

(أحمد عكاشة وآخرون Okasha et al. ،١٩٨٦).

الأعراض العامة وأهمها:

* نقص الإنتاج عن ذى قبل والشعور بالفشل وعدم التمتع بالحياة كما كان الحال من قبل.
* سوء التوافق الاجتماعى.

وهكذا نجد أن المكتئب حزين على ضعف الأنا عنده، وأن معظم أعراض الاكتئاب تعتبر سلوكا مضاداً للذات، وتعبر عن نتيجة محاكمة داخلية أصدر فيها المريض حكما مرضيّا على نفسه.

---

(١) يقول الشاعر:

والذى نفسه بغير جمال ... لا يرى فى الوجود شيئا جميلا

ويصور الشاعرمشاعر المكتئب فيقول:

وفوقى سحاب يمطر الهم والأسى ... وتحتى بحار بالأسى تتدفق

ويقول أبو نواس:

ولو عرضت على الموتى حياة ... بعيش مثل عيشى لم يريدوا

ويقول:

ثوبى مثل شعرى مثل خطى ... سواد فى سواد فى سواد

ويقول:

ملأت قلبى ندوبا ... فصرت منها كئيبا

ويقول الأعشى:

خالط القلب هموم وحزن ... وادكار بعد ما كان اطمأن

ويقول شاعر آخر:

أهكذا العيش جد غير منتعش ... يشقى به جسد والروح تنتحر

ويقول المثل العامى: لا صحة مع الهم. ويقول آخر: اترك الهم ينساك وأن افتكرته ضناك.

واسمع نصيحة الشاعر:

واطرح همومك خلف ظهرك إنها ... نبع التعاسة مهد أسقام الورى

تشخيص الاكتئاب:

تشخيص الاكتئاب **سهل ولكن يجب:**

* التفرقة بين الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن.
* التفرقة بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني.
* التفرقة بين اكتئاب سن القعود وبين ذهان الشيخوخة.
* التفرقة بين الاكتئاب وبين نوبات الاكتئاب كأعراض مبكرة للفصام.
* التفرقة بين الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية الخطيرة مثل أمراض القلب والشلل العام.
* الاحتراس حين يغطي المريض اكتئابه بتمسكه بالأعراض العضوية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية أو الأرق أو العنة أو البرود الجنسي.
* الاحتراس في حالة الاكتئاب الباسم Smiling depression، فقد تغطي وجه المكتئب ابتسامة خادعة مضللة. (١)

علاج الاكتئاب:

يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار. أما إذا كان هناك محاولات فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى.

ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة ٦ أشهر إلى سنة للتأكد من عدم الانتكاس، وأن التحسن ليس مجرد فترة انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس.

وفيما يلي **أهم معالم علاج الاكتئاب:**

* العلاج النفسي (وخاصة العلاج التدعيمي)، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب، والفهم وحل الصرعات وإزالة عوامل الضغط والشدة والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته، وإشاعة روح التفاؤل والأمل. وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محاكمة علنية (بدلا من المحاكمة الداخلية) تنتهي بصدور قرارات وأحكام سلوكية تصحيحية.

---

(١) يقول الشاعر أحمد الشرقاوي:

ورب ابتسام حوته الشفور		تألق رغم الفؤاد الحزين

ويقول شاعر آخر:

لا يؤنسنك أن تراني ضاحكا		كم ضحكة فيها عبوس كامن

ويقول المثل العامي: الوش مزين والقلب حزين.

* العلاج البيئي لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها أو التوافق معها).

* العلاج الاجتماعي و العلاج الجماعي.

* العلاج بالعمل.

* العلاج الترفيهي وإشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض، والعلاج بالموسيقى.

* الرقابة في حالة محاولات الانتحار. وعلى العموم يجب عمل حساب احتمال الإقدام على الانتحار في أي مريض بالاكتئاب حتى ولو لم يبد ذلك دون مجاهرته بذلك حتى لا نلفت نظره إلى التفكير في الانتحار. ويجب استكشاف اتجاهات المريض نحو الموت والانتحار بطريقة علمية حذرة. ويزيد من احتمال الانتحار انتحار شخص مهم في حياة المريض كأحد الوالدين. و يلاحظ أنه على الرغم من أن عدداً أكبر من النساء يهددن بالانتحار إلا أن عددا أكبر من الرجال هم الذين ينتحرون بالفعل.

* العلاج الطبي للأعراض المصاحبة مثل الأرق (منومات) وفقد الشهية ونقص الوزن والإجهاد... إلخ، والعقاقير المضادة للاكتئاب Antidepressive drugs (مثل توفرانيل Tofranil وتريبتيزول Tryptizol) والمسكنات لتخفيف حدة القلق، ومنبهات الجهاز العصبي (مثل مشتقات أمفيتامين Amphetamine) والمنشطات والمنبهات لزيادة الدافع النفسي الحركي (مثل كافين Caffeine والصدمات الكهربائية وخاصة في حالات الاكتئاب الحاد المتسبب عن العوامل الداخلية أكثر من الاكتئاب التفاعلي. وكذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي في حالة الاكتئاب البسيط والتفاعلي. وفي حالة عدم جدوى الأدوية والصدمات الكهربائية وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير.

مآل الاكتئاب:

إذا قورن الاكتئاب بالهوس، فإن الاكتئاب يزداد احتمال إزمانه عن الهوس. ومآل الاكتئاب العصابي أحسن بكثير من مآل الاكتئاب الذهاني.

ويكون مآل الاكتئاب أفضل إذا عولجت الحالة علاجا مناسبا وقبل حدوث أي تدهور في الشخصية، وكلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة ومتوافقة.

ملاحظات على الاكتئاب:

من **أهداف الاكتئاب** تهدئة القلق وتسكينه ومنع حدوثه، وإخفاء العدوان وكبته، والقصاص التكفيري من النفس، واستجداء محبة وعطف واهتمام ورعاية وإغاثة الآخرين. ويعتبر الاكتئاب صرخة (طلب للنجدة و طلب للحب والخدمة والاهتمام).

ويوضح جدول (٨) **الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني.**

(جدول ٨) الفروق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني

الاكتئاب العصابي	الاكتئاب الذهاني
* غير عميق الجذور.	* عميق الجذور.
* لا يصاحبه جمود انفعالي تام.	* يصاحبه جمود انفعالي ويندر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح.
* الاتصال بالواقع موجود.	* الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية.
* التقييم الذاتي سلبي.	* التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته وعدم نفعه.
* درجة النكوص عادية.	* درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة.
* النشاط العقلي بطيء نسبيا.	* بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية.
* لا يوجد فيه أوهام أو هلوسات أو أفكار الانعدام	* توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام.
*فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة وبعدتردد وإعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الإقدام عليه والهدف هوإيقاع الألم بالآخرين.	* فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير ويحدث عادة فجأة ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو إهلاك الذات.
* المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج.	* المريض لا يسعى للعلاج.
* علاجه في العيادة النفسية.	* علاجه في مستشفى الأمراض النفسية.

التفكـــــــك

DISSOCIATION

تعريف التفكك:

هو تفكك نظام الشخصية وانفصال بعض أجزائها واضطراب أدائها الوظيفى وقيام أحد أو بعض جوانب الشخصية بالأداء الوظيفى مستقلا.

وفى بعض الحالات يكون التفكك كاملا لدرجة أن الجزء المتفكك يحكم الشعور والشخصية كلها، وينفصل المريض جزءا من حياته عن مجال شعوره ووعيه.

ويمكن تلخيص أعراض التفكك فى «**فقدان الهوية الشخصية**».

الأنماط الكلينيكية للتفكك:

يصنف البعض الأنماط الكلينيكية للتفكك كأنواع من الهستيريا، والحقيقة أن عملية تحويل الانفعال موجود فى كل من الهستيريا والتفكك، ولكن فى الهستيريا يحدث التحويل إلى مرض جسمى، وفى التفكك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعى.

وفيما يلى **الأنماط الكلينيكية للتفكك:**

فقدان الذاكرة (النسيان): Amnesia

هو عبارة عن طمس (كلى أو جزئى) للذاكرة الخاصة بخبرة أليمة سابقة ويكون عادة نتيجة للكبت (أى أن الخبرة تظل فى غياهب اللاشعور). وعندما يواجه المريض موقفا يرمز إلى الخاصة المكبوتة تتعطل ذاكرته الواعية ليتجنب القلق.

وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض اسمه وسنه ومحل إقامته ولايتعرف على أهله أو أصدقائه ولكنه يظل محتفظا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديا فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص.

التجوال (الجوال أو الشرود): Fuge

هو عبارة عن اضطراب يهجر فيه المريض بيته ويتجول بعيدا (عملية هروب فعلى لا شعورى)، وقد يحيا حياة مختلفة تماما فيعمل فى مهنة جديدة أو يتزوج من جديد... إلخ (١).

الجوال أثناء النوم (المشى أثناء النوم): Somnambulism

هو عبارة عن المشى أثناء النوم ومحاولة المريض القيام بأعمال ذات دوافع لا شعورية غيرمقبولة اجتماعيا. وقد ينتقل المريض إلى غرفة أخرى غير غرفة نومه أو حتى يخرج من منزله.

(١) من أشهر الأمثلة هنا قسيس رومى كاثوليكى مريض بالتجوال هجر بيته ورحل إلى بيئة أخرى وتزوج وعاش حياة عائلية عادية.

ويلاحظ أن المريض قد يقوم فى الجوال أثناء النوم بسلوك معقد جدا ثم يعود إلى نومه، وفى الصباح لا يتذكر أى شىء مما فعل. وأثناء الجوال تكون عينا المريض مفتوحتين كليا أو جزئيا ويتجنب العوائق (ولكنه قد يتعرض لبعض الإصابات) ويسمع من يحادثه ويمكن إيقاظه ويستجيب للأوامر (مثل أمره بالرجوع إلى فراشه).

وقد يحدث الجوال أثناء النوم كل ليلة، وقد يحدث فى ليال متباعدة أو مرات قليلة جدا. وقد تستمر فترة الجوال أثناء النوم من ١٥ـ ٣٠ دقيقة.

ومعظم حدوث الجوال يكون فى مرحلة المراهقة ولكنه قد يحدث فى الطفولة أو فى الرشد، ويحدث لدى الذكور أكثر من حدوثه عند الإناث. (جيمس كولمان Coleman، ١٩٦٤).

تعدد الشخصية: Multiple Personality

فى هذه الحالة (وهى نادرة) يظهر عصاب التفكك فى صورة تعدد الشخصية فتظهر لدى الشخص شخصيتان (ازدواج الشخصية Dual Personality) أو أكثر، وتكون عادة مختلفة ومتمايزة بعضها عن الأخرى. فقد تكون إحداها فاضلة والأخرى ماجنة، وقد تكون إحداها جادة والأخرى هازلة... وهكذا، وتبدو كل منهما عادية فى حد ذاتها (١). (انظر شكل ١٥٠).

وينتقل المريض من شخصية إلى أخرى دون وعى، ولا يتذكر فى إحداها ما يحدث فى الأخرى. وقد يحدث الانتقال من شخصية إلى أخرى فى فترات تتراوح بين بضع ساعات إلى بضع سنوات.





شكل (١٥٠) ازدواج الشخصية. نفس المرأة فى حالتين مختلفتين

أسباب التفكك:

فيما يلى **أهم أسباب التفكك:**

---

(١) يشبه البعض ازدواج الشخصية بساعة لها وجهان يسير إحدهما على توقيت والآخر على توقيت مختلف، وكل منهما مضبوطة فى حد ذاتها، ولكنها تختلف عن الأخرى.

* القلق الشديد الشامل الناتج عن مشكلة غير محلولة.

* الصراعات والضغوط والصدمات الانفعالية العنيفة فى الحياة.

* عدم نضج الشخصية.

علاج التفكك:

فيما يلى **أهم ملامح علاج التفكك:**

* العلاج النفسى المركز وخاصة التحليل النفسى لكشف العوامل اللاشعورية والوقوف على سبب القلق وشرح ديناميات الحالة للمريض وتنمية شخصية المريض.

* التنويم الإيحائى يفيد فى حالات كثيرة.

* العلاج التخديرى (وذلك بمساعدة إعطاء صوديوم أميتال فى الوريد) وعن هذا الطريق يمكن التغلب على الأعراض وكذلك الحصول على مفاتيح ذات قيمة فى فهم الديناميات النفسية التى تنتج هذه الحيلة الهروبية.

ملاحظات على التفكك:

من أهداف التفكك بالنسبة للمريض تحقيق مكسب أولى وهو تخفيف القلق ومن المكاسب الثانوية لفت الأنظار وتجنب المواقف غير السارة وإشباع الحاجات.

أنواع أخرى من العصاب

هناك أنواع أخرى من العصاب هى عصاب الحرب وعصاب الحادث وعصاب السجن وعصاب القدر. وفيما يلى عجالة عن كل منها:

عصاب الحرب: War Neurosis

عرف عصاب الحرب بأسماء مختلفة منها: إعياء المعركة combat exhaustion، تعب المعركة combat fatigue، تعب العمليات، صدمة القنبلة Shell shock.

أسباب عصاب الحرب:

وفيما يلى أهم أسباب عصاب الحرب:

* الشدات العنيفة والصدمات الانفعالية الناجمة عن المعركة، ونقص مقاومة المقاتل على تحملها نتيجة للتعب أو المرض.

* الشخصية غير الناضجة أصلا ونقص القدرة على قمع أو كبت الخوف الطبيعى والإخفاق فى السيطرة على القلق والتوتر الشديدين.

* الصراع بين المحافظة على الذات وبين أداء الواجب الوطنى.

أعراض عصاب الحرب:

فيما يلى أهم أعراض عصاب الحرب: (١)

* حالة القلق، والخوف من العدو، مع زيادة التوتر، وفقد السيطرة على الانفعالات والتهيجية، وسرعة الاستثارة والحساسية والاستجابة المفرطة للأصوات والقفز بشدة لأى حركة فجائية، والغضب الشديد والعنف ورد الفعل الزائد للإصابة بين الرفاق، وفرط العرق، وصعوبة التركيز والتذكر، والأرق و الكابوس والأحلام المزعجة وخاصة بالمعارك والفزع والارتجاف وأحيانا الصمت والذهول وعدم القدرة على الحركة وأحيانا التخشب.
* اضطرابات نفسية جسمية حيث تضطرب وظائف الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى وخاصة فى الجهاز الهضمى مثل فقد الشهية والغثيان والإسهال وتظهر الأعراض أيضا فى الجهاز الدورى مثل سرعة النبض وسرعة دقات القلب واضطراب التنفس.
* الهستيريا، وأهم أعراضها فقد الإحساس والشلل.
* الاكتئاب، ويحدث غالباعقب مقتل رفيق، وأهم أعراضه الوجه المقنع وقلة الحركة وأفكار اتهام الذات.
* الاتجاه نحو الذهان، وخاصة عند الأشخاص المستعدين له قبل حدوث أزمة المعركة. وأشيع حالاته الاضطراب شبه الفصامي والاضطراب شبه الهذائى (حيث يشك الجندى فى رفاقه ويعتقد أنهم جواسيس مثلا فيقاتلهم).

علاج عصاب الحرب:

فيما يلى أهم ملامح علاج عصاب الحرب:

* يجب الإسعاف المباشر وبدء العلاج فورا فينقل المقاتل المريض من الميدان إلى مكان والاضطراب أقرب ما يكون إلى جبهة القتال ويستريح وينام ويهدأ نفسيا ويعطى الغذاء المناسب الكافى ويعطى مهدئات (مثل أميتال وكلوربرومازين). ويمكن أن يعود إلى الميدان بعد أن يستعيد الثقة فى نفسه فى ظرف ٤٨ ـ ٧٢ ساعة (٢).
* إذا لم تتحسن الحالة ينقل المريض إلى عيادة من عيادات القاعدة البعيدة نسبيا عن جبهة القتال للعلاج ويعطى المهدئات والمنومات والتغذية الحسنة، ويمكن أن يعود إلى الخدمة بعد بضعة أسابيع.

(١) يختلف عصاب الحرب عن العصاب فى الحياة المدنية بفجائيته وصورته الدرامية.

(٢) يلاحظ أن الإيداع لمدة طويلة فى المستشفى يطمئن المقاتل المريض ولا يساعد على العلاج وإنما يساعد على تثبيت الأعراض.

* وإذا استمرت حالة الاضطراب فيستمر معها العلاج النفسي وخاصة العلاج الجماعي والمحاضرات والمناقشات والأفلام عن أسباب الخوف والأعراض النفسية الجسمية وكل جوانب عصاب الحرب، ويستخدم كذلك العلاج بالعمل .

* إذا أزمن الاضطراب يصبح المقاتل غير صالح للخدمة العسكرية ويستمر العلاج النفسي الفردى مع العلاج بالصدمات الكهربائية والمهدئات مع الاهتمام بالنشاط الجماعي مع استخدام أى أسلوب علاجى آخر جسمى أو نفسى حسب حالة المريض. وأحيانا يستخدم العلاج بالنوم المستمر.

الوقاية من عصاب الحرب:

فيما يلى أهم إجراءات الوقاية من عصاب الحرب:

* يجب أن يقوم الأخصائى النفسى فى القوات المسلحة، بالتعرف على المقاتلين المعرضين للاضطراب النفسى تحت ظروف المعركة من مضطربى الشخصية أو غير الناضجين وغير المتوافقين والمعرضين للأمراض النفسية الجسمية أو العصاب أو الذهان وضعاف العقول لأن هؤلاء لا يكون لهم فائدة فى الحرب بل يكونون عبئا ويضعفون الروح المعنوية لزملائهم المقاتلين العاديين ويقللون من الكفاءة القتالية للوحدة.

* يجب رفع الروح المعنوية فى القوات المسلحة، ويساعد على ذلك النظام الجيد والعلاقات الشخصية والاجتماعية الطيبة بين الضباط والجنود وحسن التغذية والملابس والمعاملة العادلة والعناية الطبية والرعاية النفسية... إلخ.

* تعليم المقاتلين كيف يضبطون انفعال الخوف.

عصاب الحادث: Accident Neurosis

يحدث عصاب الحادث حين يكون الحادث عاملا مرسبا لدى شخص مهيأ. ويكون فى شكل هستيرى وخاصة عندما يكون هناك رغبة لا شعورية فى الحصول على مكسب ثانوى مثل التعويض أو العطف أو الهروب من عمل صعب أو متعب.

ويشاهد عصاب الحادث كثيرا فى مجال العمل وخاصة فى الصناعة وفى حوادث السيارات.

أعراض عصاب الحادث:

من أهم أعراض عصاب الحادث ما يلى:

* المبالغة وتضخيم الجروح والإصابات الطفيفة والمتاعب الخفيفة.

* يضاف إلى ذلك أعراض أخرى مثل التهيج والأرق والعناد والاكتئاب ونوبات البكاء والقلق والصداع والدوار والشلل والرجفات والاضطرابات الحسية الحركية.

* فى مرحلة متقدمة يظهر اضطراب الوعى و ضعف التركيز والنسيان و الشرود.

عصاب السجن (متلازمة جانسر) Ganser's Syndrome:

يسمى متلازمة **"الإجابات التقريبية"**. ويحدث غالبا عند المسجونين والمتهمين أثناء المحاكمة أو فى السجن لكى يتهرب المتهم أو المسجون من التحقيقات الكثيرة أو لكى يتجنب نظام السجن، وحيث يكون فى وضع يمكن أن تخف عقوبته إذا ثبت عدم مسئوليته.

أسباب عصاب السجن:

أهم أسبابه الاتهام والسجن رهن التحقيق والمحاكمة والاعتقال والسجن بعد الحكم.

أعراض عصاب السجن:

فيما يلى أهم أعراض عصاب السجن:

* الإجابات التقريبية التى لا تتطابق مع الأسئلة الموجهة إلى المسجون.
* اضطراب الذكراة وعدم القدرة على التعرف على الأقارب.
* عدم القدرة على استخدام قدرته العقلية المعرفية.
* السلوك الشاذ الغريب الساذج.
* التهيج أو الذهول، والظهور بمظهر غير المسئول عن أعماله.
* النوم المفرط أحيانا.
* على العموم يكون السلوك نوعا من الخبل الهستيرى الكاذب.

علاج عصاب السجن:

لعلاج عصاب السجن يجب الاهتمام بالعلاج النفسى المناسب لشرح ديناميات الحالة، وعلاج الاضطرابات الرئيسية المصاحبة.

عصاب القدر: Fate Neurosis

هو اضطراب عصابى يؤدى بصاحبه إلى الوقوع فى نفس المشكلات والمتاعب والصعوبات مراراً على الرغم من إمكان تجنبها وعلى الرغم من بذل جهود ظاهرةلتجنبها.

ويبدو المريض وكأنه يرتب الأمور - لا شعوريا وعن غير قصد - بحيث تؤدى إلى ضرره وأذاه.

والمريض بعصاب القدر شخص متسلط على نفسه يتصيد المشكلات ويختلق المتاعب لنفسه ويتلذذ بالألم ويرتاح فى التعب ويسعد بالشقاء، ويقنع نفسه بأنه شخص منحوس وأن كل ما يحدث له مقدر ومكتوب (والمقدر مفيش منه مهرب). (أحمد عزت راجح، ١٩٦٥).

أسباب عصاب القدر:

أهم أسباب عصاب القدر الشعور بالإثم والخطيئة والرغبة فى عقاب الذات.

أعراض عصاب القدر

فيما يلي أهم أعراض عصاب القدر:

* التورط في نفس المشكلات والمتاعب والصعوبات مراراً على الرغم من إمكان تجنبها.
* الفشل في العمل على الرغم من توافر إمكانات النجاح.
* سوءالتوافق الاجتماعي على الرغم من الذكاء.
* العودة للإجرام.
* الاضطراب النفسي إذا ما تحسنت أمور الفرد وتحققت آماله وأشبعت حاجاته (كأن يثرى المفلس فيضيع ثروته في القمار وأن يرقى المنسى فيسوء سلوكه وأن تتزوج العانس فتصاب ببرود جنسي.. وهكذا).

علاج عصاب القدر:

يعتبر العلاج النفسي الديني من أكثر طرق العلاج نجاحا في حالات عصاب القدر.

الذهـــان
PSYCHOSIS

تعريف الذهان:

الذهان هو اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي.

ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة «جنون» Insanity من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه.

ويشاهد في الذهان الانفصال عن ا لواقع وتشويهه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك.

تصنيف الذهان:

يصنف الذهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين:

الذهان العضوي: organic psychosis أي الذي يرجع المرض فيه إلى أسباب وعوامل عضوية ويرتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام أو عن اضطراب التغذية أو الأيض أو عن اضطراب الدورة الدموية... إلخ.

الذهان الوظيفي: functional psychosis أي نفسي المنشأ. وهو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي. وأهم الأشكال الكلينيكية للذهان الوظيفي هي: الفصام، والهذاء (البارانويا)، والهوس، وذهان الهوس والاكتئاب.

مدى حدوث الذهان:

مرضى الذهان كثيرون اليوم. ويقدرهم البعض بنسبة حوالى ٣٪ من المجموع العام للسكان. ويقول البعض إن عدد مرضى الذهان يبلغ عدد المرضى بأمراض القلب والسرطان معا. والذهان يحدث عموما في منتصف العمر. وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض العقلية هو ٤٤ سنة، إلا أننا نجد مثلا أن الفصام يبدأ مبكرا في مرحلة المراهقة وأن ذهان الشيخوخة يبدأ متأخرا في مرحلة الشيخوخة. والذهان أكثر حدوثا لدى الذكور منه لدى الإناث بنسبة ٤:٣. والذهان أكثر حدوثا بين العزاب والمنفصلين والمطلقين والأرامل منه لدى المتزوجين، وهو أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا منه في الطبقات العليا. (جيمس كولمان Coleman، ١٩٧٢).

الشخصية الذهانية:

تتفكك شخصية المريض بالذهان وتتشوه وتفقد تكاملها، وتتغير **تغيرا جذريا** حتى يصبح المريض مع الوقت غريبا عما كان يعرف به قبل المرض. وتتحطم الدفاعات النفسية وتضعف عمليات الكبت والمقاومة، ويضطرب **الأنا** ويتقبل الدوافع البدائية الأولية التي كانت مكبوتة دون نقد كالدوافع الجنسية أو العدوانية التي تنطلق انطلاقا تلقائيا خاليا من الضبط. وتطفو محتويات اللاشعور ويظهر محتواه في سلوك المريض. ويلاحظ النكوص الشديد الذي قد يصل إلى المستوى الطفلي أو البدائي، ويظهر في الانسحاب من العلاقات الاجتماعية أو الشذوذ عنها والسلوك النرجسي والعدواني.

ويبدو **السلوك العام** للمريض غريبا شاذا بدائيا مضطربا بشكل واضح بعيدا عن طبيعة الفرد لا سيما في حالات النكوص الشديد، ولا يساير المعايير الاجتماعية. وتؤثر التجارب والخبرات الداخلية على السلوك الخارجي. ولا يشعر المريض بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يكون متعاونا (لنقص بصيرته). ولا يهتم المريض بنفسه ولا ببيئته. ويتدهور المظهر العام للمريض.

أسباب الذهان:

فيما يلي أهم أسباب الذهان:

* الاستعداد الوراثي المهيىء إذا توافرت العوامل البيئية المسببة للذهان.

* العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل التهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين.
* الصراعات النفسية والإحباطات والتوترات النفسية الشديدة، وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والإحباطات والتوترات.
* المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة.
* الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة... إلخ.

أعراض الذهان:

أعراض الذهان شديدة إذا قورنت بأعراض العصاب. وعادة لا توجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض. وفيما يلي **أهم أعراض الذهان:**

* اضطراب النشاط الحركي، فيبدو البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة. وقد يبدو زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهياج والتخريب.
* تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا، واضطراب التفكير بوضوح، فقد يصبح ذاتيا وخياليا وغير مترابط. ويضطرب سياق التفكير فيظهر طيران الأفكار أو تأخرها والمداومة والعرقلة والخلط والتشتت وعدم الترابط. ويضطرب محتوى التفكير فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد أو المرجع أو الإثم أو الانعدام... إلخ. ويظهر اضطراب الفهم بشدة وعادة يكون التفاهم مع المريض صعبا، واضطراب الذاكرة والتداعي وتظهر أخطاء الذاكرة كثيرا، واضطراب الإدراك ووجود الخداع، ووجود الهلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية واللمسية والجنسية. ويلاحظ اضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته، واضطراب مجراه فقد يكون سريعا أو بطيئا أو يعرقل، واضطراب كمه بالنقصان أو الزيادة، واضطراب محتواه حتى ليصبح في بعض الأحيان لغة جديدة خاصة. ويشاهد ضعف البصيرة أو فقدانها. وأحيانا يكون هناك انفصال كامل عن الواقع، ويشوهه المريض ويعيش في عالم بعيد عن الواقع. ويبدو عدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون فيه وقد يرفضه، ويضطرب التوجيه بالنسبة للمكان والزمان.
* سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
* اضطراب الانفعال، ويبدو التوتر والتبلد وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والتهيجية والخوف والقلق ومشاعر الذنب الشاذة. وقد تراود المريض فكرة الانتحار.
* اضطراب السلوك بشكل واضح فيبدو شاذا نمطيا انسحابيا، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف ويبتعد عن طبيعة الفرد. وتبدو الحساسية النفسية الزائدة. ويضطرب مفهوم الذات.

علاج الذهان:

تعالج جميع أنواع الذهان فى مستشفى الأمراض النفسية، وذلك لما يحدثه الذهان من اضطراب شامل للشخصية ولما يؤدى إليه ذلك من سوء التوافق، ولما يصاحبه من نقص فى البصيرة.

وفيما يلى **أهم ملامح علاج الذهان:**

* **العلاج الطبى**: بالعقاقير المضادة للذهان كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك. والعلاج بالصدمات الكهربائية تمهيدا للعلاج النفسى والتأهيل الطبى النفسى. وكانت الجراحة النفسية تستخدم (كحل أخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية) بشق مقدم الفص الجبهى، وذلك حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية.
* **العلاج النفسى**: الشامل والتدعيمى فرديا أوجماعيا، وتعديل السلوك الغريب أو الشاذ وتحقيق السلوك العادى بقدر الإمكان، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الأسرة.
* **العلاج الاجتماعى**: وإعادة التطبيع والاندماج الاجتماعى وإعادة التعليم الاجتماعى وتشجيع التفاعل الاجتماعى وتنمية المهارات الاجتماعية، والعلاج البيئى والتدخل المباشر فى تعديل البيئة، والعلاج بالعمل.

مآل الذهان:

مآل الذهان الوظيفى بصفة عامة أفضل من مآل الذهان العضوى. وفى الحالات المبكرة مع العلاج المناسب، فإن التحسن أو الشفاء يحدث فى حالات تصل إلى ٨٠٪ من مرضى الذهان فى مدة تتراوح بين بضعة أشهر وعام. والعلاج المتأخر أو غير المنتظم ونقص التعاون من جانب المريض بإهمال العلاج من جانبه يؤدى إلى النكسات أو التدهور أوالإزمان.

وعلى العموم فإن **مآل الذهان يكون أحسن**: كلما عولج الذهان مبكرا، وكلما كان بناء الشخصية قبل المرض أقوى، وكلما تعاون المريض والأهل فى عملية العلاج، وكلما تضافر العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى السليم.

ويعتبر الذهان المزمن من أصعب المشكلات التى تواجه المشتغلين بالعلاج النفسى. وإذا أزمن الذهان حدث فى حياة المريض «انهيار اجتماعى». وعادة ما ينظر إلى مريض الذهان المزمن على أنه مريض «مقيم» فى مستشفى الأمراض النفسية. (بول Paul، ١٩٦٩).

ملاحظات:

يوضح جدول (٩) **أهم الفروق بين العصاب والذهان:**

(جدول ٩) أهم الفروق بين العصاب و الذهان

العصاب	الذهان
الأسباب	
- الأسباب الوراثية نادرة.	- الأسباب الوراثية والتكوينية مهمة.
- العوامل العصبية والسمية ليس لها دور هنا.	- العوامل العصبية والسمية تلعب دورا هاما.
- العوامل نفسية المنشأ هى السائدة وتلعب البيئة دورا هاما.	- العوامل نفسية المنشأ تلعب دورا هاما جدا.
السلوك العام	
- يظل فى حدود العادى، أو تظهر فيه بعض الغرابة المعقولة أو يضطرب اضطرابا بسيطا.	- يبدو غريبا شاذا بدائيا، ويضطرب اضطرابا واضحا لا سيما فى حالات النكوص الشديد.
- يساير المعايير الاجتماعية.	- لا يساير المعايير الاجتماعية.
- يهتم بنفسه وبيئته.	- لا يهتم بنفسه و لا بيئته.
- يشعر بمرضه ويعترف به ويرغب فى العلاج والشفاء ويتعاون (لديه بصيرة).	- لا يشعر بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب فى تغيير حالته ولا يكون متعاونا (نقص البصيرة).
- التجارب الداخلية لا تؤثر على السلوك الخارجى.	- التجارب الداخلية تؤثر على السلوك الخارجى.
- السلوك نادرا ما يكون ضارا بالمريض أو بالآخرين.	- السلوك عادة يكون ضارا بالمريض أو بالآخرين.
- المظهر العام يحافظ عليه المريض.	- المظهر العام يتدهور.
النشاط العقلى	
- الوظائف العقلية لا يبدو فيها تأخر و اضح.	- الوظائف العقلية يبدو فيها تأخر واضح.
- التفكير يبقى سليما أو يضطرب ا ضطرابا بسيطا.	- التفكير يضطرب بوضوح وقد يصبح ذاتيا أو خياليا وغير مترابط ويبدو التوهم والهذيان.
- الكلام لا يتغير تغيرا ملحوظا ويكون متماسكا منطقيا متسلسلا معتدل السرعة.	- الكلام يتشتت ويكون غير متماسك وغير منطقى مضطرب المحتوى و المجرى و قد ينعدم ويصبح لغة جديدة خاصة.
- التحكم العقلى يكون عاديا أو مضطربا بدرجة بسيطة.	- التحكم العقلى يكون مضطربا اضطرابا شديدا.
- الفهم يضطرب قليلا.	- الفهم يضطرب بشدة.
- الإدراك يكون عاديا ولا يوجد أوهام أوخداع أو هلوسات.	- الإدراك يضطرب وتوجد المخاوف والخداع والهلوسات بأنواعها.
- البصيرة تكون عادية لاتتأثر، والصلة بالواقع تظل سليمة نسبيا ويعيش المريض فى عالم الواقع ولا يفقد صلته به من الناحية الشكلية على الأقل.	- البصيرة تكون ضعيفة أو مفقودة وأحيانا يكون هناك انفصال كامل عن الواقع و يشوهه ويعيش المريض فى عالم الخيال.
- التداعى يبقى سليما.	- التداعى يضطرب.
الانفعالات	
- تتغير تغيرا خفيفا وتحتفظ بطابعها العادى أو تكون غير مضطربة وعادية فيما عدا الاكتئاب والقلق الخفيف.	- تتغير تغيرا كبيرا وتفقد طابعها وتضطرب اضطرابا بالغا، ويبدو عدم الثبات الانفعالى بوضوح.
- الاكتئاب العصابى يكون منشؤه الواقع.	- الاكتئاب الذهانى يكون منشؤه ذاتيا أو خياليا.

تابع جدول (٩)

العصاب	الذهان
الشخصية	
- تبقى متكاملة ومتماسكة وسليمة ويشترك جزء من الشخصية فى النزاع، أو تتغير تغيرا جزئيا.	- تتفكك وتتشوه وتفقد تكاملها وتنغمس كلها فى النزاع و تتغير تغيرا جذريا حتى يصبح المريض مع الوقت غريبا عما كان يعرف به قبل المرض.
- الأنا يبقى سليما.	- الأنا يضطرب.
- يحتفظ الشعور بسيطرته ويبقى قادرا على كبت اللاشعور.	- يفقد الشعور سيطرته وتطفو محتويات اللاشعور ويصبح المريض وكأنه يعيش فى حالة حلم.
- الكبت يبقى موجودا فلا يظهر محتوى اللاشعور فى السلوك بطريقة غير مباشرة لاستمرار الكبت والمقاومة.	- تضعف عمليات الكبت والمقاومة ويتقبل الأنا والدوافع و الرغبات التى كانت مكبوتة دون نقد ويظهر محتوى اللاشعور فى سلوك المريض.
- الدفاعات تكون عاملة.	- الدفاعات تكون محطمة.
- النكوص لا يكون حيلة دفاعية هامة.	- النكوص يكون شديداً وقد يصل إلى المستوى الطفلى أو البدائى.
المآل	
- التحسن ممكن مع العلاج المناسب.	- فى الحالات المبكرة والعلاج المناسب فإن التحسن ممكن ولكن النكسات محتملة.
- لا يوجد تدهور فى الشخصية - على الرغم من أن الاضطراب يكون ظاهرا فى بعض الحالات.	- التدهور شائع جدا وخاصة إذا تأخر العلاج.
- يساعد المريض بتعاونه على جعل العلاج منتظما ومفيدا.	- العلاج غير المنتظم ونقص التعاون من جانب المريض بإهمال العلاج يؤدى إلى النكسات أو الإزمان.
العلاج	
- لا يحتاج إلى إيداع بمستشفى الأمراض النفسية.	- يحتاج إلى إيداع بمستشفى الأمراض النفسية.
- العلاج النفسى هو العلاج الفعال.	- العلاج النفسى الطبى الاجتماعى هو العلاج الفعال.
- علاج الأعراض هام.	- علاج الأعراض هام جدا.
- المتابعة هامة.	- العلاج النفسى الشامل بعد التحسن.
ملاحظات هامة	
- الصراع فى الغالب يكون بين الأنا والهو.	- الصراع فى معظمه يكون بين الأنا والواقع.
- الأعراض لا تكون قاسية شديدة.	- الأعراض تكون قاسية شديدة.
- يكون هناك عادة مكسب ثانوى يرتبط بالأعراض.	- لا توجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض.
- التفاهم ممكن بسهولة مع المريض.	- التفاهم عادة يكون صعبا مع المريض.

الفصــــام
SCHIZOPHRENIA

تعريف الفصام:

الفصام **مرض ذهاني** يؤدى إلى نقص انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر.

والمعنى الحرفي للمصطلح الإنجليزي هو انفصام العقل.

ويعرف الفصام أحيانا باسم «**انفصام الشخصية**» أي تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها. فقد يصبح التفكير والانفعال كل في و اد (١).

والفصام يعني أيضا **تفكك الذات**.

ويختلف الفصام أو انفصام الشخصية عن إزدواج الشخصية الذي يعتبر أحد أشكال التفكك.

وكان الفصام فيما مضى يعرف باسم «**الخبل المبكر أو خبل الشباب أو جنون المراهقة**» Dementia Praecox.

تصنيف الفصام:

يصنف الفصام حسب الأعراض السائدة إلى عدة أنماط كلينيكية ويلاحظ أن هناك تداخلا وتغيرا من نمط إلى نمط مع تقدم المرض.

وفيما يلي **الأنماط الكلينيكية الرئيسية للفصام** :(وسيأتي تفصيلها بعد قليل)

* **الفصام البسيط** Simple Schizophrenia.
* **الفصام المبكر** Hebephrenic Schizophrenia.
* **الفصام الحركي** Catatonic Schizophrenia،
  وله شكلان (تصلبي وهياجي).
* **الفصام الهذائي (البارانوي)** Paranoid Schizophrenia،
  وله شكلان (العظمة، والاضطهاد).

وهناك **تصنيفات أخرى** أهمها:

* **الفصام الحاد:** Acute Schizophrenia وتكون أعراضه حادة وفجائية الظهور. وقد يشفى المريض منه تماما ربما في غضون بضعة أسابيع أو قد ينتكس تكرارا. وغالبا ما يتقدم المرض إلى شكل كلاسيكي.

---

(١) تصبح الشخصية ومكوناتها أشبه بساعة فقدت الرابطة بين تروسها وأصبحت عاجزة عن أدائها الوظيفي.

* **الفصام المزمن:** Chronic Schizophrenia حيث يمر المرض بعدة مراحل يشتد فيها حتى يزمن إذا لم يعالج منذ البداية.
* **فصام ا لطفولة:** Childhood Schizophrenia تظهر أعراض الفصام قبل البلوغ، ويبدو فيه اضطراب وفشل نمو الشخصية، و النكوص الطفولي الشديد. ويعرف أيضا باسم الذاتوية Autism.
* **الفصام التفاعلي:** Reactive Schizophrenia وفيه يرتبط المرض بعوامل نفسية حديثة أو ضغوط اجتماعية واضحة، ويكون الشخص متوافقا اجتماعيا قبل المرض.
* **الفصام المتخلف:** Risidual Schizophrenia حيث يشفى المريض بالفصام، ولكن يتخلف لديه بواقي أفكار أو انفعالات أو سلوك فصامي وبقايا هلوسات وهذاءات بسيطة لاتؤثر في توافقه الاجتماعي.
* **الفصام الكامن:** Latent Schizophrenia حيث يميل السلوك نحو الفصام ولكنه يكون مازال خارج نطاق الشخصية الفصامية. ويكون المريض على حدود الذهان، ويكون لديه بعض أعراض الفصام، ولكن الحالة لا تكون متقدمة وليست كمثل الفصام الحاد أو المزمن. ويحقق الفرد نوعا من التوافق الحدى ولكن سلوكه على العموم يكون شاذا وغامضا وغريبا.(١).

مدى حدوث الفصام:

الفصام هو أكثر الأمراض الذهانية انتشارا، حيث يصيب حوالي ٥, ٠٪ ـ ٨, ٠٪ من مجموع السكان. ويكون المفصومون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية، فهم يكونون حوالي ٢٥٪ـ ٣٣٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة. وتبلغ نسبة المفصومين حوالي ٥٠٪ من المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية.

وتظهر معظم حالات الفصام عادة بين سن ١٥ ـ ٣٠ سنة. وتصل إلى أقصاها في أواخر العقد الثالث من العمر. ومن ثم كان يسمى قديما خبل الشباب أو جنون المراهقة أوالخبل المبكر.

والفصام أكثر انتشارافي الرجال قبل سن الثلاثين وأكثر انتشارا في النساء بعد سن الثلاثين.

وقد وجد أن الذين يهاجرون إلى بيئات وثقافات مختلفة اختلافا كبيرا عن بيئاتهم وثقافاتهم التي هاجروا منها يكونون أكثر عرضة للفصام. وينتشر الفصام في الأماكن المزدحمة بالسكان حيث الفقر والجهل والمرض والجريمة والبطالة والانحرافات السلوكية الاجتماعية. والفصام أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا. وهوأكثر انتشارا بين العزاب منه بين المتزوجين.

(١) من المجلات العلمية الدورية المتخصصة في الفصام ما يلي:

-Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.

-Schizophrenia Bulletin.

الشخصية الفصامية: Schizoid Personality

تعتبر الشخصية الفصامية بمثابة **التربة التى ينمو فيها الفصام.**

وتتسم الشخصية الفصامية بالسمات الآتية: الانطواء والانعزال والفردية والسلبية والكتمان والانغلاق على النفس، والحساسية الزائدة و الخجل والعناد، ونقص القدرة على تكوين علاقات وصداقات شخصية واجتماعية طيبة، والسلوك غريب الأطوار، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، وتشوه حدود الأنا، وعدم انسجام تركيب الشخصية وقصورها فى مواجهة خبرات الحياة، وميلها للاستغناء عن مجابهة الواقع باستخدام حيل الهروب أو التعويض، والاستبطان و الاستغراق فى الخيال وتجنب الواقع والاستغراق فى أحلام اليقظة.

ومن أمثلة الشخصية الفصامية ما نشاهده فى الأب المتسلط والأم التى تتصف بالطاعة العمياء والزوج الغيور غيرة زائدة والزوجة السلبية و الطفل المثالى والعامل غير المنتج والرئيس القاسى وفنان اللامعقول والشباب الفاشتى. (يحيى الرخاوى، ١٩٦٤).

أسباب الفصام:

نستعرض فيما يلى أهم **أسباب الفصام:**

* الوراثة: يقول كالمان Kallman (١٩٤٦) إن عاملا وراثيا متنحيا يرثه الفرد يهيئه للفصام. أى أن مرض الفصام نفسه لا يورث ولكن الذى يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية .
* العوامل الجسمية: يربط البعض بين الفصام وبين النمط الجسمى النحيل والنمط المخى الأساسى.
* العوامل الفسيولوجية: مثل التغيرات المصاحبة للبلوغ الجنسى والنضج والحمل والولادة وسن القعود وما يصاحب ذلك من هزات انفعالية واجتماعية وتوتر وقلق وإخفاق المريض ذى الشخصية الفصامية فى مجابهتها، واضطراب الغدد الصماء. وهناك رأى يقول إن الفصام حالة مرضية فسيولوجية سببها اندفاع وتخلل موجات كهربائية فى الدماغ كما يحدث فى حالة النوم الحالم وإنها تزحف على الفرد أثناء اليقظة وتسبب له تغيرات شبيهة بما يحدث فى الأحلام.
* العوامل الكيميائية الحيوية: وانظر إلى مفعول (عقار الهلوسة . L.S.D) نجد أن أعراضه السلوكية تشبه إلى حد كبير أعراض الفصام.
* خلل الجهاز العصبى نتيجة للأمراض والتغيرات العصبية المرضية والجروح فى الحوادث أو خلل فى موجات المخ الكهربائية وضعف وإرهاق الأعصاب.
* فقدان الحواس مما قد يؤدى بدوره إلى اضطراب التفكير والأوهام والهلوسات.
* الصراعات الحادة بين الدوافع المتعارضة وعدم التوافق السليم معها. و الصراع النفسى من الطفولة الذى ينشط مرة أخرى فى مرحلة المراهقة نتيجة لأسباب مرسبة.
* إحباطات البيئة وطوارىء الحياة وعوامل الفشل التى تنهار أمامها الدفاعات النفسية للفرد مثل الفشل فى العلاقات الغرامية والفشل فى النمو النفسى والجنسى السوى والفشل فى الزواج

والخبرات الجنسية الصادمة و ما يصاحب ذلك من مشاعر الإحباط والشعور بالإثم وكذلك الرسوب المفاجيء في الامتحانات و الفشل في العمل والضغوط الاقتصادية والمشكلات المالية.

* الصدمات النفسية العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة مما يجعل ا لفرد حساسا لا يتحمل الضغط المتأخر عندما يكبر.

* حيل الدفاع المتطرفة مثل الانسحاب، والنكوص، والإسقاط، والتعويض. وهكذا نرى أن الفصام يمثل إستراتيجية دفاعية كاملة ولكنها فاشلة.

* تأخرالنمو وعدم نضج الشخصية، وعدم التوازن في نمو جوانب الشخصية المختلفة فيضطرب النضج الاجتماعي والنضج الانفعالي ويسوءتوافق الشخصية ككل.

* العلاقات الأسرية المضطربة: مثل اضطراب العلاقات الشخصية المبكرة بين الوالدين والطفل وخاصة مع الام أو من يمثلها،أو «الام المسببة للفصام»، وكذلك الحال مع الأب القاسي أو السلبي.ويطلق على مثل هذه الأسرة عموما اسم «الأسرة المسببة للفصام»،واضطراب المناخ الأسرى والمحيط الطفلي المضطرب بمعنى وجود تنافر في شخصيات الوالدين والأولاد.(فرازير وكار Frazier & Carr، ١٩٦٤)، والمشكلات العائلية والانهيار الأسرى وسوء التوافق في الزواج، والبرود الانفعالي و«الطلاق العاطفي» بين الأزواج مما ينعكس على الأولاد ويجعلهم على حافة «الهروب من الأسرة».

* التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة مثل التي تصاحب الهزات الاقتصادية و الكوارث الاجتماعية والتصنيع والهجرة دون الاستعداد النفسي لذلك مع وجود عوامل مرسبة للمرض، والوحدة والعزلة الاجتماعية.

* يرجع أعلام مدرسة التحليل النفسي مرض الفصام إلى الصراع المستمر بين الأنا الأعلى والهو مما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية ويضعف الأنا ويخلف صراعا مستمرا بينه وبين العالم الخارجي ويؤدي إلى الانفصام عن الواقع،مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلا من توجيهها للخارج، وينكص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وينكص لأنماط التفكير الطفلي، وينسحب إلى داخل نفسه إلى المستوى النرجسي ويتموكز حول ذاته ويتجنب العلاقات الشخصية الاجتماعية ويصبح انطوائيا ويفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية.

* يرى السلوكيون أن زيادة الدافعية تؤدي إلى قوة الاستجابة وعدم مناسبتها وخطئها (وولمان Wolman، ١٩٦٥).

أعراض الفصام:

أولا ـ الأعراض العامة في الفصام: (انظر سيلفانو أريتي،١٩٩١).

* البعد عن الواقع والاستغراق في الذات (يعيش المريض سجينا داخل نفسه كما لو كان في جزيرة منعزلة تملؤها أوهامه وخيالاته، وهي بالنسبة له حقيقة. ويكون مقطوع الصلة بعالم الواقع، لا

يرى الواقع الموضوعى)، والعيش فى عالم خيالى من صنع المريض (يعتبره أحسن من الوضع الأليم) لا يرى ولا يسمع إلا هلوساته، وتتحول أوهامه وهلوساته إلى سلوك. ولا يستطيع المريض التمييز بين الحقيقة والخيال، ولايهمه ذلك فى شيء.

* الهلوسات السمعية، والهلوسات البصرية، والهلوسات الشمية، والهلوسات اللمسية، والهلوسات الذوقية، والهلوسات الجنسية. وهذه بالنسبة للمريض حقيقة ويستجيب لها سلوكيا.

* الهذاء مثل هذاء الاضطهاد وهذاء العظمة وهذاء توهم المرض وهذاء المرجع وهذاء الإشارة أو التأويل والتلميح وهذاء الأهمية، وهذاء تغير الشخص وفقدان الشعور بالشخصية وشعور المريض بأن إحساساته وأفكاره ورغباته غريبة عنه.

* اضطراب الانفعال مثل التذبذب والتناقض الانفعالى، والتبلد الانفعالى وعدم التجاوب الانفعالى وعدم القدرة على الاتصال الانفعالى بالآخرين وسطحية الانفعال، والخمول والنمطية، والانفعالات الكاذبة وغير المناسبة، والانحراف الانفعالى، وشدة الانفعال والفزع والهياج لأقل مثير والانفجارات الانفعالية اللا إرادية، والمبالغة فى الانفعال والاكتئاب والانسحاب والسلبية والنكوص المرضى، وفقدان الإحساس بالعواطف الراقية كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية.

* التدهور العقلى المعرفى وصعوبة التفاهم مع المريض ونقص تعاونه.

* اضطراب التفكير: اضطراب محتوى التفكير، واضطراب مجرى التفكير واضطراب ترابط التفكير، واضطراب التحكم فى التفكير، واضطراب التعبير عن التفكير سلوكيا، واضطراب الذاكرة وخاصة بالنسبة للأحداث الحديثة، واضطراب الانتباه وضيقه والتركيز على الذات واضطراب الوعى وشعور المريض بأنه يفقد عقله.

* اضطراب الكلام، وعدم منطقيته، وعدم تماسكه، والسلاطة الكلامية والإجابات النمطية وغير المتعلقة بالموضوع، والإجابات وحيدة المقطع فى صوت نمطى رتيب بعد تكرار السؤال، والمصاداة (أى تكرار أقوال الآخرين)، وابتداع كلمات أو مبادىء جديدة «لغة جديدة».

* الذاتية المطلقة والانطواء والاستبطان والاستغراق فى أحلام اليقظة، واللامبالاة ونقص الميول والاهتمامات والاستسلام لمشكلات الحياة، واضطراب العلاقات الشخصية واضطراب الاتصال الاجتماعى وسوء التوافق الاجتماعى والأسرى وفقدان الاهتمام بالبيئة.

* الضعف الجسمى ونقص الوزن.

* اللازمات الحركية وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين، والأوضاع الجسمية الغريبة الشاذة التى قد تستمر لفترات طويلة، والمحاركة (أى تقليد الآخرين)، والتأخر الحركى والنمطية والجمود أحيانا.

* فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي وإهمال النفس.
* نقص البصيرة وعدم إدراك المرض العقلي.
* اضطراب الإرادة وضعفها والتردد والتناقض وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والسلبية في السلوك وقابلية الإيحاء وعدم القدرة على ضبط النفس والاعتقاد بأنه واقع تحت تأثير السحر وأنه مسلوب الإرادة .
* اضطراب السلوك الجنسي وعدم التحكم فيه مثل الاستعراض الجنسي أو جماع المحارم أو البغاء.
* غرابة السلوك العام وعدم ثباته، والسلوك المضطرب الاندفاعي غير الهادف والآلية، والتناقض السلوكي الغريب مثل التدين والفسق في نفس الوقت.

وإلى جانب الأعراض العامة للفصام تلاحظ **الأعراض الخاصة في الأنماط الكلينيكية للفصام** . وفيما يلي تفصيل ذلك:

الفصام البسيط: Simple Schizophrenia

أهم خصائصه أن بدايته تدريجية غير حادة وسيره بطيء والانفصال عن الواقع تدريجي، والهلوسات والأوهام نادرة وقد لا توجد بالمرة، والسلوك الغريب قليل نسبيا.

وأهم أعراضه: نقص النشاط والنمطية الحركية، واللازمات الحركية، وعدم القدرة على التركيز، والسلاطة الفكرية، وهذاء التأثير والتأثر، واضطراب التوجيه، ونقص الاتصال الاجتماعي، وانعدام المسئولية، وقلة الميول والاهتمامات، ونقص مستوى الطموح، والانطواء والانسحاب، وسوء التوافق الاجتماعي، والتبلد الانفعالي، والخمول الانفعالي، واللامبالاة وفقد الدافعية، وفقدان التعلق الانفعالي بالآخرين، والاستغراق في أحلام اليقظة، وفقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي، وسوء التوافق الجنسي أو العمل في الدعارة، وعدم القدرة على القيام ببعض الأعمال البسيطة الرتيبة وتحت رقابة مستمرة، والبطالة أو عدم الاستقرار في العمل، والتشرد، والتناقض، السلوكي، ويبدو المريض في حالة حلم دائم.



شكل (١٥١) الفصام المبكر

الفصام المبكر: Hebephrenic Schizophrenia

أهم خصائصه أن بدايته مبكرة ومفاجئة عادة في المراهقة (ولذلك يسمى أحيانا فصام المراهقة أو فصام الشباب)، وتؤدي إلى تدهور الشخصية وعدم تكاملها. والأعراض فيه غير مستقرة وكثيرة التغير.

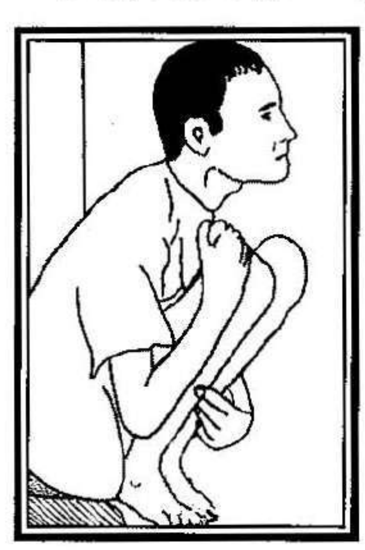
وأهم أعراضه: قلة العناية بالنظافة الجسمية والصحية، والنكوص المرضى وخاصة فى عادات الأكل والإخراج. واختلاط وعدم ترابط الفكر والكلام والسلوك والتفكير الاجترارى والتفكير الخيالى الغريب، وضعف التركيز، والهذاءات المتغيرة، والانطواء والاستغراق فى أحلام اليقظة والخروج الغريب على المعايير الاجتماعية، والتبلد الانفعالى، والتذبذب الانفعالى، والتناقض الوجدانى، وعدم النضج الانفعالى والفجاجة الانفعالية، والأوهام ذات الطبيعة الجسمية، وضعف البصيرة، والسلوك الطفلى الأحمق الاندفاعى الغريب. (انظر شكل ١٥١)

الفصام الحركى: Catatonic Schizophrenia

وأهم خصائصه أنه يبدأ فى سن متأخرة عن الفصام البسيط والمبكر، بين سن ٢٠ ـ ٤٥ سنة، وتوجد فيه أعراض حركية واضحة إما بالنقص أو بالزيادة.

والفصام الحركى شكلان:

* **التصلب:** وأهم أعراضه: الوضع التصلبي التخشبي والتصلب الشخصى أو الوضع التمثالى أو وضع الصليب أو وضع الجنين (أنظر شكل ١٥٢) أو وضع الميت. وهذه الأوضاع تدوم طويلا وبدون تعب، وعدم الحركة، وفقدان النشاط، والأسلوبية، والمحاركة والوجه المقنّع (كأن على وجهه قناعا)، والذهول، وتكرار الكلام وترديه، والنمطية، والانسحاب والسلبية والصمت والطاعة الآلية العمياء، والسلوك الحركى القهرى مما تعوده المريض فى مهنته مثلا، وفقد الشهية ورفض الطعام، وعدم القدرة على ضبط النفس جنسيا أو من ناحية التبول أو التبرز.
* **الهياج:** وأهم أعراضه: الهياج الحركى غير الهادف وعدم الاستقرار والأرق والإعياء وفقد الوزن، وعدم التوافق بين المزاج والتفكير، وسرعة الكلام، وردود الأفعال الغريبة للهلوسات، والاتجاهات الشاذة الغريبة، والعدوان، والتصنع أو التكلف فى الكلام والمشى والحركات، ومحاولة الانتحار أو قتل الغير، والانهماك فى النشاط الجنسى المكشوف.



شكل (١٥٢) الفصام الحركى «التصلبى»

الفصام الهذائى (البارانوى): Paranoid Schizophrenia

أهم خصائصه أنه يبدأ عادة متأخرا بعد سن ٣٠ سنة، ويتصف بالتفكير والسلوك الذاتى المقفل، والأوهام وأفكار المرجع أو الإشارة والتأثير، وتكون الهذيانات غير منسقة وسريعة التغير، ويكون السلوك بصفة عامة ليس من السهل التنبؤ به.

والفصام الهذائي شكلان:

* **الاضطهاد:** وأهم أعراضه: أفكار الاضطهاد، والشك، والميول الانهامية والعزلة الشديدة، واعتقاد المريض أن الآخرين يتآمرون عليه ويكيدون له، وعدم الرضا، والحقد، ومحاولة الانتحار، والسلوك المضاد للمجتمع، والاعتقاد أن هناك من ينومه مغنطيسيا ويؤثر عليه.
* **العظمة:** وأهم أعراضه: أفكار العظمة، واعتقاد المريض بأنه موهوب بقدرات عقلية عالية فريدة أو أنه يشغل منصبا كبيرا، والتطرف وأوهام القوة والقدرة على كل شيء، والتناقض السلوكي.

تشخيص الفصام:

تشخيص الفصام يكون سهلا عندما يكون قد مضى على بدء المرض مدة طويلة واتضحت أعراضه واشتدت. ومن أهم ما يجب ملاحظته في تشخيص الفصام التغير الأساسي المرضي في الشخصية واضطراب نموها وظهور الأعراض العقلية الحادة والتبلد الانفعالي ونقص المبادأة والهلوسات والأوهام والسلوك الغريب. ويلاحظ كذلك بقاء الذاكرة والوعي سليما إلى حد كبير دون تدهور. ونظرا لتنوع الأنماط الكلينيكية للفصام يجب التأني والحرص في التشخيص الفارق. وعلى الرغم من أن التشخيص التقليدي يفرق بين أنماط كلينيكية أربعة للفصام، فإن الفصام لا يكون مطابقا للوصف التقليدي لأحد هذه الأنماط بل يتغير من نوع لآخر أو قد يختلط. هذا ولا يوجد عرض واحد يمكن أن يؤكد الفصام أو ينفيه. (لانجفيلت Langfeldt، ١٩٦٩).

ويجب التفريق بين الفصام وبين الذهان العضوي وأمراض المخ العضوية حيث نجد أنه في الفصام يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور، وفي الذهان العضوي نلاحظ أعراضا جسمية واضحة.

ويجب التفريق بين الفصام والهستيريا حيث نجد في الهستيريا أن البدء فجائي والسبب واضح.

ويجب التفريق بين الفصام والوسواس حيث يقاوم المريض وساوسه شعوريا.

ويجب التفريق بين الفصام وذهان الهوس والاكتئاب حيث يتغير الانفعال ويشتد بسرعة.

ويجب التفريق بين الفصام واضطرابات الشخصية مثل السيكوباتية حيث نجد في الأخيرة الاندفاع والانحراف ممتد الجذور إلى الطفولة.

ويجب التفريق بين الفصام (خاصة الفصام المبكر أو فصام المراهقة) وبين اضطرابات مرحلة المراهقة وصراعاتها ومشكلاتها وما يشاهد فيها من الثورة والتمرد والعناد والتذبذب الانفعالي وغرابة السلوك والشذوذ.

ويجب التفريق بين الفصام الهذائي وبين الهذاء (البارانويا). ففي الفصام الهذائي تكون الهذاءات وقتية قصيرة المدى ومختلطة بأعراض الفصام الأخرى، بينما في الهذاء نجد الهذاءات المنظمة فقط ولا نجد الأعراض الأخرى للفصام.

الوقاية من الفصام:

رأينا فى دراستنا لأسباب الفصام أن هذا المرض الخطير يعتبر كارثة نفسية من صنع الإنسان. **ويجب اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة** منه.

وأهم الإجراءات الوقائية من الفصام ما يلى:

* توفير الحب والأمن الذى يدعم نمو الشخصية، وتعليم الفرد أن طريق النجاح طويل ويحتاج إلى الجهد والمثابرة، وتشجيعه على اعتبار الفشل دافعا للاجتهاد بدلا من اعتباره عامل إحباط، والعناية بالتشجيع والمدح والثواب عند تحقيق الواقعية التى تناسب إمكانات الفرد. وتجنب اللوم والعقاب عند الفرد، بل يجب المساعدة على التعلم وتحقيق النجاح.
* العناية بعملية التنشئة والتطبيع والاندماج الاجتماعى، والعناية بتكوين مفهوم الذات الموجب عند الفرد، وتوجيه الطفل منذ الصغر نحو الأهداف الواقعية التى يمكن تحقيقها، والعناية بتحديد فلسفة واضحة لحياة الطفل منذ البداية، وتدريبه على تحمل المسئولية، والقضاء على الأنانية والعدوان.
* عدم تعريض المعرضين أو المهيئين للفصام للتوترات الشديدة والإحباطات والصراعات والكبت وتشجيع هؤلاء على الاختلاط وعدم الاستبطان والاستغراق فى الذات.
* تجنب أو منع التزاوج بين المهيئين للفصام أو المفصومين.

علاج الفصام:

ليس من الضرورى أو المحتم وضع جميع المفصومين فى مستشفيات الأمراض العقلية. ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجيين. ولا يودع فى المستشفى إلا حالات الفصام الحاد أو المزمن أو فى حالة ما إذا كان المريض يمثل خطرا على نفسه أو على الآخرين، وفى حالة عدم استبصار المريض بحالته ورفضه العلاج. وعلاج الفصام عملية طويلة وتحتاج إلى كثير من الحنكة والصبر والاهتمام بالعلاقة العلاجية، والرعاية التمريضية اليقظة المستمرة.

وفيما يلى **أهم ملامح عملية علاج الفصام:**

* **العلاج الطبى:** ويشمل علاج الرجفة الكهربائية وخاصة فى حالات الفصام الهذائى والفصام الحركى. ويشمل كذلك العلاج بالمهدئات للتغلب على الهلوسات والتحكم فى التهيج، وعلى رأسها مجموعة فينوثيازين Phenothiazine ومنها ستيلازين Stelazine وكلوربرومازين Chlorpromazine ولارجاكتيل Largactil وميليريل Melleril، وعلاج الأعراض المصاحبة وخاصة المزعجة أو الخطرة على المريض أو على الآخرين. وكان بعض الأطباء يلجأون إلى العلاج الجراحى النفسى نادرا (بشق مقدم الفص الجبهى) وعندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وفى الحالات المزمنة وبعد مضى ثلاث سنوات على الأقل.

* **العلاج النفسي**: العلاج الفردي الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية والتعلم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائما على أهمية العودة إلى العالم الواقعي. ويستخدم العلاج النفسي الجماعي مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض. ويستخدم التوجيه والإرشاد النفسي للمريض وتوجيه وإرشاد الأسرة. ويفيد التحليل النفسي في حالات قليلة جدا مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا. ويستخدم التأهيل النفسي والاجتماعي والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية والأسرية ومساعدة الأهل في رعاية المريض واهتمامهم به بهدف تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

* **العلاج الاجتماعي**: ويهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي وإعادة التعلم الاجتماعي والاهتمام بالنشاط الاجتماعي والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانه وانشغاله بذاته وأعراضه والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته. ويستخدم العلاج البيئي الذي يهدف إلى تعديل البيئة وإصلاح المناخ الأسري حتى يساعد ذلك في تدعيم التحسن التدريجي في حالة المريض. ويفيد العلاج بالعمل والتوجيه والتأهيل المهني لشغل المريض وإخراجه من دائرة الاستبطان والاستغراق في الذات، مع تنويع العمل، والعلاج باللعب في حالة فصام الطفولة.

مآل الفصام:

تحسن **مآل الفصام** كثيرا منذ أن اكتشف علاج الرجفات الكهربائية. وحديثا مع استخدام الأدوية والعلاج النفسي أصبح المآل أحسن. وقد يحدث شفاء تلقائي في حوالي ٥٪. وقد يحدث تحسن تلقائي في حوالي ٢٥٪ من مرضى الفصام.

وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعي. وتدل الإحصاءات على أن حوالي ثلث مرضى الفصام يتوافقون اجتماعيا تماما، وحوالي الثلث يتوافقون اجتماعيا إلى حد ما، والثلث الباقي يتدهورون أو ينتحرون أو يحتاجون إلى الإيداع في المستشفى مدى الحياة حين يزمن المرض ويكون التدهور العقلي المعرفي والخلقي أمرا لا مناص منه. هذا وتختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة إزمانه.

ومرض الفصام من الأمراض التي تشاهد فيها النكسات أحياناً.

وعلى العموم نجد أن نسبة الشفاء التام حوالي ٢٥٪ ونسبة الإزمان حوالي ٢٥٪ في مرضى الفصام. ويمكن لمرضى الفصام الذين يتلقون العلاج السليم الخروج من المستشفى في حدود ٦ ـ ١٢ شهرا.

ويلاحظ أن الفصام الحركي هو أحسن الأنماط الكلينيكية للفصام من حيث المآل، يليه الفصام الهذائى، ثم الفصام البسيط. أما الفصام المبكر فهو أقل الأنواع بالنسبة لسرعة الشفاء واحتماله. (فرازير وكار Frazier & Carr، ١٩٦٤).

وعموما **يكون مآل الفصام حسنا** عندما تكون الشخصية متكاملة ومتوافقة وناضجةنسبيا قبل حدوث المرض، وعندما يكون بدء المرض حادا وفجائيا ودراميا، وعندما يوجد عامل مرسب محدد، وعندما يكون التشخيص دقيقا وخطة العلاج محكمة وتعاون المريض صادقا، وعندما تكون بيئة المريض أفضل، وبصيرته أفضل، وذكاؤه أعلى، وله تاريخ من التوافق الاجتماعى والمهنى والجنسى، وعندما لا توجد عوامل وراثية فى الأسرة، وكلما كان السن أكبر (بعد الثلاثين) عند ظهور المرض.

الهــــــذاء

«البارانويا»
PARANOIA

تعريف الهذاء:

الهذاء (البارانويا) حالة مرضية ذهانية تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت (١). أى الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أوالاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقى وعدم وجود هلوسات فى حالة الهذاء النقى. أى أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبيا وعلى اتصال لا بأس به بالواقع، ولا يرافقه تغير فى السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام والهذيانات.

ويعرف الهذاء أحيانا باسم **«رد فعل الهذاء»** Paranoid Reaction، وأطلق عليه البعض اسم **«جنون العظمة وجنون الاضطهاد»**.

تصنيف الهذاء:

يصنف الهذاء على النحو التالى:

الهذاء النقى أوالهذاء الحقيقى: Pure or True Paranoia حيث تسود أوهام العظمة أو أوهام الاضطهاد أو الهذاء الجنسى» أوهذاء المشاكسة أوهذاء الغيرة.

حالة الهذاء: Paranoid State وأهم أعراضها الأوهام العابرة غير الدائمة وغير المنتظمة تماما، ولكنها غريبة مع بعض اضطرابات فى الفكر. وتعتبر حالة الهذاء حالة بين الهذاء النقى و بين الفصام الهذائى.

(١) يصطنع المريض معانى لتأييد أفكاره الخاطئة. وقد يبدو تبرير المريض مقنعا واستدلاله سليما لولا استناده إلى مقدمات باطلة وفروض متوهمة ومعتقدات خاطئة.

الفصام الهذائى: Paranoid Schizophrenia وقد سبق الكلام عنه (راجع الفصام).

الهذاء المنقول (الهذاء الثنائى): Folie a Deux حيث تنتقل الأوهام الهذائية من مريض إلى شخص قريب أو متعلق به مثل الوالد والولد أو الزوج والزوجة أو الأخ والأخت. وهى حالة تقمص، وينتقل عادة من الشخص المسيطر إلى الشخص الأقل سيطرة والقابل للإيحاء ويكون الشخصان غالبا سيئى التوافق ذوى محيط بيئى متماثل، ويواجهان نفس الظروف النفسية.

مدى حدوث الهذاء:

الهذاء أقل انتشارا من الفصام. ويمثل مرضى الهذاء حوالى ٢٪ فقط من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية. ولكن نسبة انتشار الهذاء فى المجتمع لا شك أكبر من هذا الرقم، وخاصة إذا علمنا أن ذكاء المريض (الذى لا يتأثر بالمرض) يمكنه من تجنب دخول المستشفى، وحتى فى حالة دخوله المستشفى فإنه يظهر لديه ما يسمى «الإستبصار بمطالب المستشفى» حيث يتظاهر أن هذاءاته وأوهامه لم تعد موجودة.

ويكثر ظهور الهذاء فى منتصف العمر، أى فى مرحلة الرشد وخاصة فى الأربعينات أكثر مما يشاهد فى مرحلة الشباب.

ويشاهد الهذاء لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، وتقول بعض الدراسات إن نسبة الحدوث فى الجنسين تكاد تساوى.

وقد لوحظ فى بعض الدراسات أن الهذاء أكثر انتشارا بين المطلقين، وأكثر وضوحا لدى المهاجرين.

الشخصية الهذائية: Paranoid Personality

فى **الطفولة** تتسم شخصية الطفل ذى المستقبل الهذائى بسمات أهمها: الوحدة وقلة الأصدقاء والعزلة الاجتماعية وعدم القدرة على تبادل الثقة، والتقلب الانفعالى، وعدم الأمن، والشك والعناد والسرية، والحزن والتبرم والتهيجية، والامتعاض من النظام.

وكلما نما الفرد نحو الرشد تبدأ السمات السابقة فى المبالغة، فتتسم الشخصية بشدة الحساسية (وخاصة للنقد)، ومشاعر الاضطهاد أو العظمة، والمبالغة (يجعل الحبة قبة)، وتأكيد الذات والأنانية والتمركز حول الذات والتذمر والعدوان، وفقدان تذوق الفكاهة.

وفى الرشد تتضح سمات أهمها: الجمود والتزمت والمناوأة، وعدم التسامح فى النقد، والاستخفاف بالآخرين، والغيرة، والطغيان والتسلط على من هم دونه، والإيمان بالسحر والتفكير الخرافى.

أسباب الهذاء:

* الصراع النفسي بين رغبات الفرد في إشباع دوافعه وخوفه من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا، والإحباط والفشل والإخفاق في معظم مجالات التوافق الاجتماعي والانفعالي في الحياة والذل والشعور بالنقص وجرح الأنا، والاعتماد الزائد على حيل الدفاع، وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء. ومن أهم حيل الدفاع هنا: الإنكار، والتبرير، والتعويض، والكبت، والإسقاط (مثل إسقاط الدوافع التي تؤدي إلى الشعور بالذنب إلى الخارج على «مضطهديهم».
* اضطراب الجو الأسري وسيادة التسلطية والكف والنقد ونقص كفاية عملية التنشئة الاجتماعية والفشل في تحديد مستوى طموح يتناسب مع القدرات.
* تهديد أمن الفرد من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي أو الهزيمة.
* خبرات الحياة الصادمة، والمشكلات التي تتركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية.
* اضطراب نمو الشخصية قبل المرض وعدم نضجها.
* المشكلات الجنسية وسوء التوافق الجنسي، والعنوسة، وتأخر الزواج، والحرمان الجنسي. وتعزى مدرسة التحليل النفسي الهذاء إلى أنه نتيجة للجنسية المثلية المكبوتة والمسقطة، والشعور بالإثم. وقد افترض سيجموند فرويد Freud حدوث النموذج الآتي في الهذاء:

(أ) أنا أحبه (وهذا مرفوض لأنه يعبر عن الجنسية المثلية اللاشعورية).

(ب) يحدث تكوين عكسي فيتحول إلى «أنا أكرهه» (وهذا مرفوض لأنه يعبر عن العدوان).

(جـ) حيلة الدفاع «الإسقاط» تحول ب إلى «هو يكرهني ويضطهدني».

* بلور كاميرون Cameron نظرية عن المجتمع الزائف حيث يعتبر الهذاء استجابة للحساسية والإسقاط، وتتركز الأوهام حول أناس غير محددين غير معروفين ليسوا موجودين في الواقع يتآمرون ضده (وليس هناك في الواقع مؤامرة ضده) أو لا يعرفون قدره (وهو في الواقع ليس له هذا القدر)، ثم يضعف أو ينقطع الاتصال الاجتماعي، ويعيش في خوف وقلق وشك، وهكذا ينظم المريض الناس والأحداث من حوله في مجتمع زائف.

أعراض الهذاء:

هناك **أعراض عامة للهذاء أهمها:** الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة المنظمة الدائمة التي تطغى على البصيرة، والدفاع بحرارة عن هذه الأوهام والهذيانات ومحاولة إقناع الآخرين بها وتوجيه كل الاهتمام إليها وتمركز السلوك حولها. ويدور الهذاء عادة حول موضوع واحد (مثل الزواج أو الدين أو النشاط السياسي)، وأوهام التأثير والتأثر حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه وتسيطر عليه رغم إرادته، وأوهام جسمية في شكل أفكار غريبةوشاذة عن جسمه، كأن يعتقد أن الناس يتكلمون عنه ووسائل الإعلام تشير إليه)، والتمركز الشديد حول الذات، وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحتة مع الميل إلى تزييف الحقائق وتشويهها،

وسوء التوافق الاجتماعى، والسلوك الجانح مع تغلب الغضب والعدوان والنقص الواضح فى البصيرة.

ومن أهم **الأعراض الكلينيكية للهذاء** ما يلى:

هذاء العظمة أو توهم العظمة: delusions of grandeur حيث يعتقد المريض أنه شخص عظيم أو حاكم أو زعيم وقائد أو بطل أومخترع أو نبى... إلخ، ويؤمن بأهميته وتفوقه وامتيازه وعظمته وخطورته ورفعته. وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية. ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالى والمباهاة والمفاخرة وتبنى أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها [1]، ويلاحظ عليه أيضا تقلب المزاج وحدة الطبع والمناوأة والاستياء والغضب والعدوان، والإخلال بنظام العمل، وقد يصل الحال إلى البطالة.

هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد: delusions of persecution حيث يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسىء الناس معاملته وأن الآخرين يحاولون ويخططون لإيذائه وتحطيمه وأنهم يكيدون له كيدا ويأتمرون به ليقتلوه (فيضعون له السم فى الطعام) ويشعر بالنقص وعدم القيمة وينعزل ويملؤه الخوف، وقد يعتقد أن المخابرات تتجسس عليه وأن الشرطة تتبعه، وقد يفسر الحركات البريئة للآخرين على أنها موجهة ضده، وقد يلمؤه الشك (مثل الشك فى علاقات جنسية للزوج) والغيرة والغضب والاستياء والغل والحقد والكراهية والعداء (لمضطهديه وأعدائه المزعومين، والميل للانتقام والشعور بالضياع والحزن، وقد يصل الحال إلى الاكتئاب والتفكير فى الانتحار.

الهذاء الجنسى: حيث يعتقد المريض أن أحد أفراد الجنس الآخر فى مركز غنى وشهرة يحبه ويرسل له رسائل سرية عن طريق الراديو وعلى المسرح وفى السينما والتليفزيون وفى الجرائد والمجلات ويكتب له خطابات غرامية مطولة، وقد يظهر فى شكل الشك فى الخيانة الزوجية، وقد يظهر فى شكل الهوس الجنسى والجنسية المثلية.

هذاء المشاكسة: حيث يصر المريض على الحقوق والمطالبة بها ويحب المشاكل والشكاوى القانونية والقضايا والعناد والخصام ومحاولة تخطى الآخرين.

هذاء الغيرة: وهو يختلف عن الغيرة العادية فى أن الغيرة هنا تكون شديدة عميقة متأصلة صعب فهمها ولا أساس لها.

الهذاء المختلط: وهذا يضم عدداً من الأشكال السابقة فى نفس الوقت.

تشخيص الهذاء:

تشخيص الهذاء المزمن ليس صعبا. وقد نجد بعض أعراض الهذاء لدى الشخص العادى الذى يتحيز لمبدأ خاطىء لا يقبل فيه مناقشة ولكنه بالإقناع يمكن أن يغير رأيه ويعترف بخطئه، أما الهذاء المرضى فهو جزء من تكوين شخصية المريض ولا يمكن أن يحيد عنه.

(١) يبدو الفرد الذى يعانى من هذاء العظمة وكأنه يقول: ياأرض اتهدى ماعليك قدى.

ويجب المفارقة بين الهذاء (كمرض) وبين السلوك الهذائي الذي يتسم بالعناد والتمسك الزائد بالآراء وعدم الاعتراف بالخطأ والغرور وإرجاع الفشل إلى تدخل وتأثير الآخرين.

ويجب تفريق الهذاء عن ردود الفعل الهذائية المصاحبة لبعض الأمراض مثل الصرع وذهان الشيخوخة والكحولية والإدمان (وخاصة إدمان الكوكايين).

ويجب التفريق بين الهذاء و بين الهوس مع الأوهام، فالمريض بالهذاء لا ينفصل عن الواقع ولكنه يفسره طبقاً لآرائه وتكون الأوهام منظمة ومسيطرة على المريض، أما الفصام الهذائى فتنمو أعراضه ببطء ويكون وقتيا قصير المدى والأوهام غريبة وشاذة ويختلط الهذاء فيه بأعراض المرض الأخرى ويرافقه الهلوسات والانفصال عن الواقع.

ويجب التفريق بين الهذاء وبين الهوس مع الأوهام، فمريض الهذاء تكون أوهامه منظمة ومؤكدة وأفكاره ثابتة ودائمة ويكون قلقا، أما المهووس فتكون أوهامه عابرة وأفكاره طائرة ويكون صاخبا متهيجا غير مستقر.

علاج الهذاء:

حالات الهذاء لا تحتاج إلى الإيداع فى مستشفى الأمراض النفسية لأن المرضى يظلون فى إطار المعقول فيما يختص بالاتصال الاجتماعي فيما عدا ما إذا كانوا من النوع الخطر العدوانى المشاكس أو الجنسى فيجب إيداعهم فى المستشفى.(١)

وفيما يلى **أهم ملامح علاج الهذاء:**

* العلاج الطبى بالأدوية والعقاقير المضادة للذهان لازم لجعل المريض أكثر طواعية خلال العلاج النفسى. والعلاج الطبى يفيد فى بداية العلاج النفسى ولكنه لا يمكن أن يحل محله. ومن الأدوية المستخدمة فينوثيازين Phenothiazine وخاصة تريفلوبيرازين Trifluoperazine وثورازين Thorazine وخاصة كوربرومازين Chlorpromazine ويستخدم كذلك علاج الرجفة الكهربائية. وهذا إلى جانب ضرورة العناية بالصحة العامة للمريض، والراحة إلى أقصى حد.
* العلاج النفسى(٢) بهدف تخفيف حدة قلق المريض وتجديد قدرته على الاتصال على مستوى واقعى فى العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه. ويجب عدم إضاعة الوقت أول الأمر فى توضيح الهذاء للمريض لأن من خصائص الوهم عدم قابليته للتأثر بالإقناع الخارجي والمنطق. ويجب أن يحترس المعالج فلا يصدر أحكاما على أوهام المريض ومعتقداته بل يكون محايدا أمينا ويحرص دائما على إنشاء وإقامة الثقة بينه وبين المريض. وبعد توطيد العلاقة وثبات الثقة يبدأ المعالج فى الاقتراحات البناءة وليس النقد الهدام مقربا المريض من الواقع. ويبذل قصارى جهده لحل مشكلات المريض وصعوباته فى إدراك الآخرين. ويفيد التوجيه والتأهيل النفسى

(١) من مشكلات إيداع مرضى الهذاء فى المستشفى أن المريض ينظر إلى نفسه على أنه أعظم وأعلم من زملائه المرضى وحتى معالجيه، أو قد يعتبر أن المستشفى بمثابة سجن له وأن الكل فيها أعداؤه.

(٢) من مشكلات العلاج النفسى فى حالة الهذاء أن المريض غالبا لا يثق فى المعالج بسهولة.

والتربوى والمهنى والعلاج بالعمل. ويستخدم العلاج الاجتماعى وإعادة التطبيع الاجتماعى والعلاج البيئى.

* يجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة فى حالة السلوك العدوانى للمريض.

* فى حالة الهذاء المنقول (الهذاء الثنائى) يعالج المريض الأصلى، بينما المريض الثانى يعالج نفسيا واجتماعيا مع الاهتمام بعملية النقل البيئى.

مآل الهذاء:

مآل الهذاء ضعيف عموما وخاصة فى حالة إزمانه. وقليلا ما نرى حالة هذاء مزمن تشفى تماما، ولكن العلاج الطبى وخاصة بالأدوية والعلاج النفسى المناسب المبكر يؤدى إلى نتائج أحسن.

الهوس
MANIA

تعريف الهوس:

هو اضطراب سلوكى ذهانى يتسم بالغرابة والنشاط النفسى الحركى الزائد والهياج والمرح الذى لا يسيطر عليه الفرد (ويكون الفرد أشبه بحالة السكران أو بحالة الفرد يوم العيد). (انظر شكل ١٥٣).

تصنيف الهوس:

يقسم الهوس إلى ما يلى:

الهوس الخفيف: Hypomania

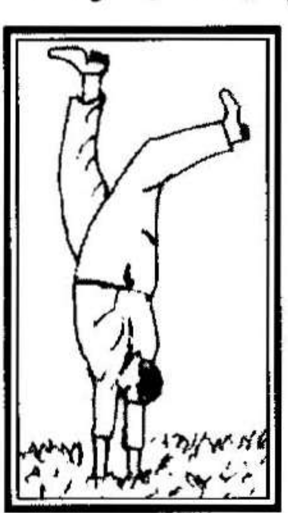
وهو أخف أشكال الهوس. وأعراضه المرح المتوسط، والنشاط الواضح المعتدل، وهروب الأفكار الخفيف، والتهيجية، وعدم التسامح، والتسرع، والسعادة المفرطة، والرقص.

الهوس الحاد: Acute Mania

وأهم أعراضه السلوك الصاخب، والعنف، وسرعة الأفكار والحركة الزائدة والنشاط الزائدة جدا والهلوسات والأوهام.

الهوس الهذيانى: Delirious Mania

وهو أشد حالات الهوس. وأعراضه هى: أعراض الهوس الحاد مضافا إليها الخلط وعدم الترابط واضطراب الوعى واضطراب التوجيه (بالنسبة للزمان والمكان والأشخاص).



شكل (١٥٣)
حالة هوس

الهوس كأحد طورى ذهان الهوس والاكتئاب.

مدى حدوث الهوس:

يحدث الهوس لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور.

الشخصية قبل المرض:

تتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية: الانبساط والنشاط والطموح وزيادة الثقة في النفس والرضا عن النفس وشدة الحساسية وسهولة الاستثارة والعدوان والتهجم.

أسباب الهوس:

فيما يلي **أهم أسباب الهوس**:

* وجود الصراع والمواد والأفكار الداخلية غير السارة، وتكون حالة الهوس شكلا من أشكال حيل الدفاع كتعويض وكوسيلة نسيان.
* الفشل والإحباط ونقص الكفاية ومحاولة إنكار ذلك عن طريق لعب دور النجاح والكفاية (دون نجاح أو كفاية بالطبع).
* وجود مشكلات يهرب منها الفرد خارج نفسه لينسى ويبعد عن القلق.
* وجود مواد مكبوتة تنفس لتقليل الصراع واسترخاء الأنا الأعلى القاسي. وعندما يسترخي الأنا الأعلى يضعف الكبت وتفلت الرغبات والدوافع التي يدور حولها الصراع وتظهر المواد الممنوعة في مستوى الشعور وتجد لها مخرجا في السلوك الهوسي.

أعراض الهوس:

فيما يلي **أهم أعراض الهوس**:

* المرح الشديد والسعادة الوهمية المفرطة والنشوة الزائدة (كأنه سكران) والتفاؤل المفرط والتحمس الزائد، والثقة الزائدة في النفس والشجاعة والخيلاء والشعور بالقدرة وكثرة المشاريع غير العملية.
* هروب وطيران الأفكار وسطحية التفكير والسلاطة الفكرية، وتشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز، والانتقال السريع بين الموضوعات ومقاطعة الآخرين بمجرد ورود أفكار جديدة، والأوهام وأفكار العظمة وتوهم الغنى والقوة والأهمية والغرور الزائد، والهلوسات أحيانا، وسرعة الكلام وعلوه (وأحيانا الكلام المسرحي).
* النشاط النفسي الحركي الزائد وعدم الاستقرار وزيادة التوتر وعدم المثابرة على العمل وسرعة الإنجاز مع ضعف الإنتاج والفوضى في العمل.
* النشاط الاجتماعي والانطلاق الزائد، والإسراف والكرم المفرط، والتبرج الزائد والتزين المفرط، واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وعدم مراعاة مشاعر الآخرين ونقص النقد الذاتي.
* سرعة الاستثارة والتهور والسلوك التخريبي أحيانا، والإرهاق والإنهاك ونقص الوزن، والشراهة، والإدمان (في بعض الحالات)، والأرق واضطراب النوم بصفة عامة.

* إسراع ضربات القلب وفرط العرق والإنهاك واحمرار الوجه واهتزاز الأطراف واضطراب الإخراج واضطراب الحيض.
* والنشاط الجنسى الزائد والاستعراض الجنسى والعرى والكتابات الغرامية.
* وجود أعراض خاصة مثل: هوس السرقة Kleptomania، وهوس إشعال النار Pyromania، هوس خلع الشعر Trichotillomania. (انظر محمود حمودة، ١٩٩٠).
* وجود أشكال خاصة مثل: هوس الشك Doubting Mania، هوس القتل Homocidal Mania، هوس التدين Religious Mania.

تشخيص الهوس:

من السهل التعرف على حالات الهوس الحاد.

ويجب التفريق بين الهوس وبين هذاء العظمة وبين حالة الكحولية.

علاج الهوس:

يحسن علاج مرض الهوس (وخاصة الحاد) فى المستشفى. وفى حالة الهياج الشديد أو السلوك التخريبى والنشاط الجنسى والعرى يجب عمل حساب ذلك بوضع المريض فى مكان منفصل مع رعاية تمريضية خاصة.

وفيما يلى **أهم معالم علاج الهوس:**

* **العلاج الطبى:** العقاقير الطبية وخاصة المهدئات للسيطرة على التهيج وعدم الاستقرار النفسى الحركى.و تستخدم المنومات مثل دورميل Dormil ويستخدم ثورازين (كلوربرومازين) Thorazine (Chlopromazine) لإحداث أكبر قدر ممكن من النوم. ويلجأ الكثير من المعالجين إلى العلاج بالنوم المستمر، ويستخدم علاج الرجفة الكهربائية (١٥ - ٢٠ جلسة) ثلاث مرات أسبوعيا، ويستخدم العلاج المائى بالحمامات الدافئة (لتهدئة المريض). ويجب عمل حساب أى مضاعفات مثل الإنهاك أوهبوط القلب أو هبوط التنفس. وفى حالة إزمان الهوس وعدم استجابته لعلاج الأدوية والصدمات الكهربائية والعلاج النفسى قد يلجأ بعض الأطباء كحل أخير إلى الجراحة النفسية (شق الفص الجبهى).
* **العلاج النفسى:** بعد التحكم فى نوبة الهوس باستخدام الأدوية أو الصدمات الكهربائية يبدأ العلاج النفسى لاستكشاف النواحى المرضية فى الشخصية ومشاعر الوحدة وهبوط احترام الذات أو قيمة الذات وتكوين ردود الأفعال التى تؤدى إلى شعور بالقدرة على كل شىء والسيطرة والتحكم، وحل مشكلات المريض.

* **العلاج الاجتماعي**: يركز على الراحة والإجازات القصيرة من العمل، وتوجيه نشاط المريض الزائد وجهات بناءة وعملية، و الرقابة والإشراف فى النواحى الاقتصادية والنشاط الجنسى.

ملاحظة: فى بعض الأحيان يشاهد الشفاء التلقائى من الهوس فى مدة تتراوح بين ٦ ـ ١٨ شهرا ولكن الحالة تنزع إلى العودة مرة أو مرات على فترات متفاوتة الطول يبدو الفرد أثناءها ـ فى الظاهر ـ سويا. وقد يكون السلوك العادى مجرد عبور من نوبة إلى نوبة أو من دور هوس إلى دور اكتئاب عبر فترة سواء.

مآل الهوس:

مع استخدام علاج الرجفة الكهربائية والأدوية الحديثة المهدئة أصبح علاج الهوس بسيطا وسريعا. وإذا قورن الهوس بالاكتئاب فإن الهوس يقل احتمال إزمانه عن الاكتئاب.

ذهان الهوس والاكتئاب
MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS

تعريف ذهان الهوس والاكتئاب:

هو مرض ذهانى يشاهد فيه الاضطراب الانفعالى المتطرف، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب، أو يكون خليطا من أدوار الهوس والاكتئاب (وقد يتخللها فترات انتقالية يكون فيها الفرد عاديا نسبيا).

وهذا الاضطراب من أوائل الاضطرابات النفسية التى تعرف عليها القدماء المصريون والإغريق. وعرف عبر العصور أحيانا باسم «**جنون الهوس والكآبة**» Folie Maniaco-mélancolique و«**الجنون الدورى**» Folie Circulaire.

تصنيف ذهان الهوس والاكتئاب:

هناك **أنماط كلينيكية** ثلاثة لذهان الهوس والاكتئاب:

* **الهوس**: (حوالى ٣٠٪).
* **الاكتئاب**: (حوالى ٤٥٪).
* **الذهان الدورى أو المختلط**: (حوالى ٢٫٥٪).

مدى حدوث ذهان الهوس والاكتئاب:

يحدث ذهان الهوس والاكتئاب فى حوالى ٥ , ٠٪ من مجموع السكان. ويمثل حوالى ١٠٪ ـ ١٥٪ من مجموع الاضطرابات العقلية. ويحدث فى سن بين ٣٠ ـ ٦٠ سنة. وهو نادر الحدوث قبل

البلوغ. وهو أشيع لـدى الإناث، ويحدث لديهن فى سن مبكرة عنـه لدى الذكور، ويكون الحدوث حاداً. ويكثر بين المثقفين والطبقات العليا. وهو نادر الحدوث فى المجتمعات البدائية.

الشخصية قبل المرض:

قبـل حدوث المرض تتـسم الشخـصية بأنـها **نوابية** Cycloid Personality. ويلاحـظ المزاج الدورى، أى التفـاوت بين المرح والاكتئاب، وبيـن التفاؤل والتشاؤم، وبيـن النشاط والكسـل بـطريقة دورية وسريعة دون أسباب مباشرة.

وقبل حدوث المرض تتـسم شخصيـة المرضى الذين يطغى عندهم **دور الهوس** بالطموح الزائد والاهتمام بالنجاح، والنشاط الزائد، والاجتماعية الزائدة والانبساط.

وفى المرضى الذين يطغى عنـدهم **دور الاكتئاب** يتضـح القلق، وبـخس الذات، والضـمير الجامد، والعدوان المكبوت، وتقسيم الحياة إلى أبيض وأسود.

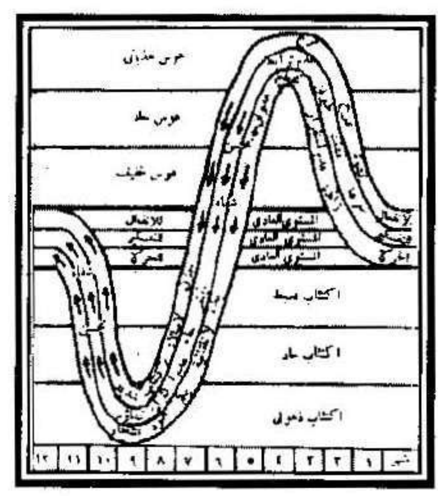
أسباب ذهان الهوس والاكتئاب:

العوامل الحيوية: يعتقد أن الـعوامل الوراثية تلعب دورا مـهيئا للانهيار فـى اتجاه ذهان الهوس والاكتئاب. ومن ناحية البنية أو التركيب الجسمـى يبدو أن أفراد النمط المكتنز أو البدين أكثر عرضة من غيرهـم لردود الأفعال العاطـفية. ويربط البـعض بين ذهان الهـوس والاكتئاب وبين اضـطرابات الغـدد (وخاصة الكـظرية والجنـسية). ويـربط البعـض كذلك بـين ذهان الهـوس والاكتئاب وبـين اضطرابـات الجهاز العصبـى (مثل زهرى الجهـاز العصبى وأورام الـفص الجبهى). ويرى البـعض أن هناك علاقة بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطراب نسبة المعادن فى الجسم.

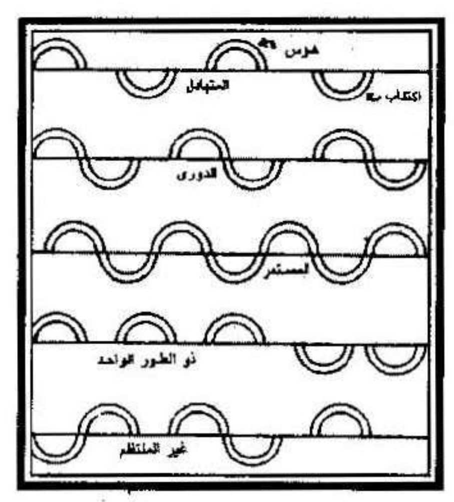
الأسباب النفسية: من أهمها اضطـراب العلاقات بين الطفل والوالديـن واضطراب العلاقات الاجتمـاعية بصفـة عامة، والضـغوط البيئـية والانفعالـية والعوامل الـضاغطة فـى الحياة بصفـة عامة، وصعوبة التوافق معـها، والاضطراب الانفعالى للوالدين أثناء طفولـة المريض، وفقدان موضوع الحب وفشـل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج، وحدوث اضطرابات انفعالية كثيرة فى تاريخ المريض، والسلطة والمعايير الجامدة والعقاب الصارم، ونقص المكانة الاجتماعية.

أعراض ذهان الهوس والاكتئاب:

هناك دوران متميزان فى ذهان الهوس والاكتئاب همـا: دور الهوس، ودور الاكتئاب. ويأتى المرض فـى أدوار قد يـتخللهـا فتـرات من الـسواء النـسبـى أو الصحـة الـنفـسية. (انظـر شكـلى ١٥٤،١٥٥). ويختلف وقت دوام كل دور، فقد يقتصر على بضعة أيام وقد يستغرق شهوراً. وعلى العموم فدور الهوس غير المعالج لا يدوم أكثر من ستة أشهر عادة، ودور الاكتئاب لا يدوم أكثر من تسعة أشهر. ويلاحظ أن أدوار الهوس أقل كثيرا من أدوار الاكتئاب.



شكل(١٥٤) دورة نموذجية كاملة
من ذهان الهوس والاكتئاب



شكل(١٥٥)ذهان الهوس والاكتئاب
«أنواع التناوب بين دوري الهوس والاكتئاب»

والاضطراب الأساسي يصيب الانفعال والتفكير والحركة، فتلاحظ السرعة فى دور الهوس فيشاهد المرح وطيران الأفكار وزيادة النشاط الحركي، ويلاحظ البطء فى دور الاكتئاب فيشاهد الحزن وبطء التفكير ونقص النشاط الحركي. ومن ثم يطلق البعض على أهم أعراض ذهان الهوس والاكتئاب «ثالوث الهوس أو ثالوث الاكتئاب».

وقد يبدأ المرض بحالة **هوس** بأعراضها المختلفة ثم يبدأ فى حالة **تحسن** ثم يدخل فى دور **اكتئاب** ثم يبدأ فى حالة تحسن ليعود بعدها إلى دور عادى نسبيا كما ذكرنا. وقد يظل المريض فى دور الهوس أو فى دور الاكتئاب أو يزاوج بينهما بصورة دورية منظمة فينتقل من دور الهوس إلى دور الاكتئاب ثم يعود إلى دور الهوس دون فترات سواء نسبى. وقد تكون الدورات غير منتظمة فتتوالى دورتان أو ثلاث من الاكتئاب ثم تتبعها دورتان أو ثلاث من الهوس... وهكذا.

ويتصف ذهان الهوس والاكتئاب بالإفراط فى ردود الفعل الانفعالية والتذبذب الانفعالى الخطير والتقلب المزاجى السريع الدورى، ويتصف كذلك بتشتت الانتباه واضطراب الذاكرة للأحداث الحديثة.

وفى **الحالات المختلطة** تتصف الحالة ببعض أعراض دور الاكتئاب مختلطة ببعض أعراض دور الهوس، فمثلا نجد **«الاكتئاب الباسم»** smiling depression، و**«الذهول الهوسى»** manic stupor.

وعلى الرغم من حدة الأعراض فإن التدهور العقلى والانفعالى لا يحدث، ويظل المريض متصلا بالواقع.

أعراض دور الهوس:manic phase (راجع أعراض الهوس).

أعراض دور الاكتئاب depressive phase (راجع أعراض الاكتئاب).

تشخيص ذهان الهوس والاكتئاب:

من الملاحظات المساعدة فى التشخيص ما يلى: بداية المرض عادة فجائية وقليلا ما نجده يحدث متدرجا، وتنتهى الدورة فى حدود ستة أشهر إما تلقائيا أو نتيجة العلاج، والعودة للمرض مرة أخرى متوقعة، ولا يحدث تدهور عقلى أو انفعالى عند المريض.

ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين أعراض المرح أو الاكتئاب التى تصاحب بعض أشكال الذهان العضوى. ففى ذهان الهوس والاكتئاب لا تتأثر الذاكرة والذكاء والوعى بينما تتأثر وتتدهور فى الذهان العضوى.

ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين الفصام. ففى ذهان الهوس والاكتئاب يكون اضطراب الشخصية مسألة «كم» أى يكون مسألة «أكثر» أو «أقل» من الحالة السوية، ويكون هناك انسجام بين المزاج ومحتوى التفكير والسلوك، ويكون اضطراب التفكير وعدم الترابط أقل وضوحا، بينما يكون فى الفصام مسألة تفكك الشخصية، ويبدو ذلك واضحا فى السلوك، ويكون التفكير واضح الاضطراب وغير مترابط وتحدده الهلوسات والهذيانات والأفكار الشديدة الغرابة.

علاج ذهان الهوس والاكتئاب:

العلاج ضرورى فى المستشفى وخاصة فى الحالات الحادة وفى حالة الخوف على حياة المريض أو الآخرين.

وفيما يلى **أهم معالم علاج ذهان الهوس والاكتئاب:**

* **العلاج الطبى:** يعتمد على الدور الذى يعالج المريض أثناءه. ويفضل الأطباء استخدام ثيوريدازين Thioridazine لما له من أثر مزدوج فى الهوس والاكتئاب. (كوجلر وبريل Koe-gler & Brill، ١٩٦٧). وفى دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسى الحركى الزائد وعلى السلوك. ويمكن تحقيق ذلك بإعطاء كلوربرومازين Chlorpromazine وإعطاء المسكنات حتى تنتهى النوبة وكذلك العلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائى كمسكن. (راجع علاج الهوس). وفى دور الاكتئاب يجب السيطرة على الاكتئاب ورفع الحالة المزاجية باستخدام الأدوية توفرانيل Tofranil وإيميرامين Imipramine والعلاج بالرجفة الكهربائية، وعلاج الأعراض المصاحبة مثل فقد الشهية والأرق والقلق، وحماية المريض من الإنهاك الشديد أو الموت جوعا، والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار. (راجع علاج الاكتئاب).

* **العلاج النفسى:** (بعد الإجراءات الطبية التى تجعل المريض أكثر استعدادا للعلاج النفسى) ويهدف العلاج النفسى فى هذه الحالة إلى المساندة والدعم والحماية أثناء الدور، وفهم وحل مشكلات المريض وصراعاته وإحباطاته وإعطاء الأمل فى الشفاء.

* **العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي:** بهدف تخفيف الضغوط البيئية لتدعيم توافق المريض اجتماعيا (على المدى الطويل، والعلاج بالعمل لإثارة اهتمام المريض وانتزاعه من أفكاره السوداء ومن التمركز حول ذاته في دور الاكتئاب، ولتنظيم وضبط وتصريف نشاط وطاقة المريض في دور الهوس.
* **الوقاية ضد النكسة** : يلاحظ أن ذهان الهوس والاكتئاب يميل إلى المعاودة، ولذلك يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة وتحت العلاج والتوجيه وتعليمه كيف يعبر عن انفعالاته وكيف يتجنب النكسة. ويلاحظ كذلك أن المريض قد يشفى فجأة ثم يعاوده المرض مرة أخرى. وإذا حدثت النكسة فإنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور إلى بضع سنوات.

* يجب دائما **الاحتراس** من خطر انتحار المريض أو قتل الغير.

مآل ذهان الهوس والاكتئاب:

مآل ذهان الهوس والاكتئاب **حسن عموما**. ويعتبر المآل حسنا: كلما كان المريض متوافقا في الفترة قبل الذهان، وكلما كان البدء مفاجئا وحادا، وكلما كانت هناك عوامل مرسبة خارجية واضحة، وكلما قل تكرار النوبات، وكلما بدأ العلاج مبكرا.

﴿الحمد لله الذى هدانا لهذا وما كنا لنهتدى لولا أن هدانا الله﴾

صدق الله العظيم

المراجع

- آمال صادق (١٩٨٠). أثر الموسيقى فى تنمية سلوك الطفل. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٣، ص ص ١١١ ـ ١٢٦.
- إجلال محمد سرى. (١٩٨٢). التوافق النفسى لدى المدرسات المتزوجات والمطلقات وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
- إجلال محمد سرى (١٩٨٤). الخرافات الشائعة عن النمو النفسى. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٧، جزء ١، ص ص ٢١ ـ ٥٤.
- إجلال محمد سرى (١٩٨٦). التوافق مع الاسم وعلاقته بالتوافق لدى الجنسين. دراسات تربوية، مجلد٢، جزء ٥، ص ص ١٢٨ ـ ١٦٤.
- إجلال محمد سرى (١٩٨٩). دراسة أثر برنامج تنموى علاجى معد لتعليم وتنمية وتصحيح المهارات الأساسية اللازمة للمعوقين متأخرى النمو فى مرحلة الطفولة المبكرة. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ١٣، ص ص ٢٧٧ ـ ٣١٢.
- إجلال محمد سرى (١٩٩٠). علم النفس العلاجى، القاهرة: عالم الكتب.
- إجلال محمد سرى (١٩٩٣). الأمراض النفسية الاجتماعية، القاهرة: عالم الكتب.
- أحمد أمين (١٩٥٣). قاموس العادات والتقاليد والتعابير المصرية. القاهرة: مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر.
- أحمد خيرى حافظ، مجدى حسين محمود (١٩٨٩). أثر العلاج النفسى الجماعى فى تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية: دراسة تجريبية. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، عدد ١٠، ص ص ٤٠ ـ ٤٥.
- أحمد خيرى حافظ، مجدى حسين محمود (١٩٩٠). أثر العلاج النفسى الجماعى فى ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية: دراسة تجريبية. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، عدد ١٤، ص ص ٨٤ ـ ٩٥.
- أحمد زكى صالح (١٩٧٢). الأسس النفسية للتعليم الثانوى. (ط٢). القاهرة: دار النهضة العربية.
- أحمد عزت راجح (١٩٦٥). الأمراض النفسية والعقلية، أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف.
- أحمد عكاشة (١٩٦٩). الطب النفسى المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد عكاشة (١٩٨٥). الإدمان خطر. القاهرة: كتاب اليوم الطبى.
- أحمد محمد عبدالخالق (١٩٨٧). قلق الموت. الكويت: عالم المعرفة.

- اديث سبرول (ترجمة) عبدالحافظ حلمي محمد (١٩٦٤). جسم الإنسان: أعضاؤه ووظائفها. القاهرة: دار النهضة العربية.
- أمين رويحة (١٩٧٢). شباب فى الشيخوخة. (ط٢). بيروت: دار القلم.
- أنور الشرقاوى (١٩٧٠). دراسة لأبعاد مفهوم الذات لدى الجانحين. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.
- أنور الشرقاوى (١٩٩١). الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب. القاهرة: مطبوعات المركز القومى للبحوث التربوية والتنمية.
- جابر عبدالحميد جابر (١٩٨٦). نظريات الشخصية. القاهرة. دار النهضة العربية.
- جمال ماضى أبوالعزايم (١٩٦٣). الموسيقى كوسيلة من وسائل العلاج فى الطب النفسى. مجلة الصحة النفسية، (يونيو ١٩٦٣)، ص ص ١٨ ـ ٢٥.
- جمال ماضى أبوالعزايم (١٩٦٤). القرآن والصحة النفسية. مجلة الصحة النفسية، العدد الثانى، ص ص ١٦ ـ ٢٤.
- جمال ماضى أبوالعزايم (١٩٨٨). الوقاية فى مجال الإدمان. المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية ـ العلاج ـ المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨). مجلد البحوث، ص ص ٣٦٧ ـ ٣٧٥.
- جيرالد كورى (ترجمة) طالب الخفاجى (١٩٨٥). الإرشاد والعلاج النفسى بين النظرية والتطبيق. مكة المكرمة: المكتبة الفيصلية.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٢)، مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى. مجلة الصحة النفسية، العدد السنوى. ص ص ٢٣ ـ ٤٠.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٣). الوقاية من المرض النفسى. مجلة الصحة النفسية، (مارس ١٩٧٣)، ص ص ٣٢ ـ ٣٥.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٥). العلاج النفسى الدينى. مجلة التوثيق التربوى (وزارة المعارف بالمملكة العربية السعودية)، العدد التاسع، (ابريل ١٩٧٥)، ص ص ٢١ ـ ٣٨.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦). دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧). مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج: دراسة كلينيكية. الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس. الكتاب الرابع. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر. ص ص ٣ ـ ٨٥.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد والنفسى. (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.

- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٠أ). العلاج النفسى التربوى للأطفال. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٣ (عدد خاص)، «ندوة تربية الطفل»، ص ص ١٦٧ ـ ١٩٤.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعى. (ط٥). القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٥). الصحة النفسية للطفل المصرى سنة ٢٠٠٠. المؤتمر الطبى السنوى الثامن لكلية الطب جامعة عين شمس، (مارس ١٩٨٥).
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٦). العلاج بالموسيقى: دراسة استطلاعية، ودعوة للبحث والتطبيق. دراسات تربوية، رابطة التربية الحديثة، جزء ٣، ص ص ٥٣ ـ ١٠٧.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٧). قاموس علم النفس «إنجليزى ـ عربى». (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٨). الوقاية فى مجال الإدمان. المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية ـ العلاج ـ المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨)، مجلد البحوث، ص ص ٣٩٣ ـ ٤١٤.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٨أ). الأمن النفسى دعامة أساسية للأمن القومى العربى. دراسات تربوية، مجلد ٤، جزء ١٩، ص ص ٢٩٣ ـ ٣٢٠.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٠). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. (ط٥). القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٤). التوجيه والإرشاد النفسى: نظرة شاملة. مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى جامعة عين شمس، عدد ٢، ص ص ٢٩٧ ـ ٣٤٨.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٤أ). المعلم ـ المرشد ودوره فى الإرشاد النفسى. ندوة اتحاد المعلمين العرب: استراتيجية التعليم فى الوطن العربى فى ضوء تحديات القرن الحادى والعشرين. القاهرة (ديسمبر ١٩٩٤)، ص ص ٢٦٣ ـ ٢٨٢.
- حامد عبدالسلام زهران، مختار حمزة، فاروق عبدالسلام، محمد جميل منصور، على خضر، عبدالله عبدالحى (١٩٧٨). التخلف الدراسى فى المرحلة الابتدائية: دراسة مسحية فى البيئة السعودية. مكة المكرمة: مركز البحوث التربوية والنفسية، كلية التربية جامعة الملك عبدالعزيز.
- حامد عبدالسلام زهران، سيد صبحى، سامية القطان، إجلال سرى (١٩٨٨). المشكلات الاجتماعية للفئة العمرية من سن ١٢ ـ ١٨ سنة. القاهرة: أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا.
- حامد عبدالسلام زهران، إجلال محمد سرى (١٩٩٠). الرعاية النفسية للأولاد فى هدى القرآن الكريم. المؤتمر الدولى «الطفولة فى الإسلام». كلية الدراسات الإنسانية جامعة الأزهر. القاهرة (أكتوبر ١٩٩٠)، ص ص ٣٠١ ـ ٣٤٤.

- حسين خضر (د.ت). علاج الكلام. القاهرة: مطبعة خلف وولده.
- حلمى أحمد حامد (١٩٩١). مبادىء الطب النفسى. القاهرة: دار الصفا للطباعة والنشر.
- دانيل لاجاش (ترجمة) مصطفى زيور، عبدالسلام القفاش (١٩٥٧). المجمل فى التحليل النفسى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- رسمية على خليل (١٩٦٨). الإرشاد النفسى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- رشاد عبدالعزيز موسى (١٩٩٣). علم النفس المرضى: دراسات فى علم النفس. القاهرة: دار عالم المعرفة (مؤسسة مختار لنشر وتوزيع الكتاب).
- رمزية الغريب (١٩٦٧). العلاقات الإنسانية فى حياة الصغير ومشكلاته اليومية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ريتشارد سوين (ترجمة) أحمد عبدالعزيز سلامة (١٩٧٩). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- زيدان السرطاوى، كمال سيسالم (١٩٨٧). المعاقون أكاديميا وسلوكيا: خصائصهم وأساليب تربيتهم. الرياض: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- سامية القطان (١٩٨٣). كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سعد جلال (١٩٧٠). فى الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. الاسكندرية: دار المطبوعات الجديدة.
- سلمى الأنصارى (١٩٨٦). مشكلات الفتيات المراهقات بمحافظة أسوان ومعالجتها باستخدام أسلوبى قراءة الكتب النفسية والمناقشة الجماعية. رسالة ماجستير. كلية التربية بأسوان جامعة أسيوط.
- سناء حامد زهران (١٩٩٦). مفهوم الذات المهنى لدى الأخصائى النفسى المدرسى واتجاهات الآخرين نحو عمله. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة المنصورة.
- سناء الخولى (١٩٧٩). الزواج والعلاقات الأسرية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- سوسن عثمان عبداللطيف، محمد جمال شديد (١٩٨٨). دور الخدمة الاجتماعية فى الفريق العلاجى لمواجهة مشكلة الإدمان. المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية ـ العلاج ـ المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨). مجلد البحوث، ص ص ١١ ـ ٤٠.
- سيجموند فرويد (ترجمة) سامى محمود على وآخرون (١٩٦٢). الموجز فى التحليل النفسى. القاهرة: دار المعارف.
- السيد الجميلى (١٩٨٣). المشاكل الزواجية بين الطب والدين. القاهرة: دار الحرية.
- سيد الطوخى (١٩٧٣). دراسة لمفهوم الذات لدى المراهقين بالريف والحضر. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.

- سيد محمد صبحي (١٩٨٥). الرضا لمن يرضى: دراسة في الصحة النفسية. القاهرة: المطبعة التجارية الحديثة.

- سيد محمد غنيم (١٩٧٣). سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها. القاهرة: دار النهضة العربية.

- سيد محمد غنيم وهدى براده (١٩٦٤). الاختبارات الإسقاطية. القاهرة: دار النهضة العربية.

- سيريل بيبي (ترجمة) محمد رفعت رمضان، نجيب اسكندر (١٩٥٢). التربية الجنسية. القاهرة: دار المعارف.

- سيريل بيبي (ترجمة) إسحاق رمزي (١٩٦٨). مشكلات الأطفال اليومية. القاهرة: دار المعارف.

- سيلفانو أريتي (ترجمة) عاطف أحمد (١٩٩١). الفصامي: كيف نفهمه ونساعده. الكويت: عالم المعرفة.

- شارلز شيفر، هوارد ميلمان (ترجمة) نسيمة داود، نزيه حمدى (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. عمان: منشورات الجامعة الأردنية.

- شمس الدين بن قيم الجوزية (مراجعة وتعليق) عبدالغنى عبدالخالق وآخرون (١٩٥٧). الطب النبوى. القاهرة: دار إحياء الكتب العربية.

- صالح عبدالعزيز (١٩٧٢). الصحة النفسية للحياة الزوجية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- صبرى جرجس (١٩٦١). الطب النفسى فى الحياة العامة. القاهرة: دار النهضة العربية.

- صفاء الأعسر (١٩٧٠). دراسة تجريبية فى كيفية تخفيض القلق. رسالة دكتوراه. كلية البنات جامعة عين شمس.

- صلاح مخيمر (١٩٧٢). مدخل إلى الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- صلاح مخيمر (١٩٧٧). تناول جديد فى تصنيف الأعصبة والعلاجات النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- صلاح مخيمر (١٩٧٨). مفهوم جديد للتوافق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- صموئيل مغاريوس (١٩٦٠). العلاج الجماعى لحالات اللجلجة. مجلة الصحة النفسية. (ديسمبر ١٩٦٠)، ص ص ٢١ - ٢٦.

- صموئيل مغاريوس (١٩٦٩). مشكلات الصحة النفسية فى الدولة النامية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- ضياء الدين أبو الحب (١٩٧٠). الموسيقى وعلم النفس: دراسة تحليلية لاستجابات الفئات الكلينيكية (الذهانية والعصابية) لاختبار موسيقى إسقاطي مع مقارنتها باستجابات الأسوياء. بغداد: مطبعة التضامن.

- طلعت منصور غبريال (١٩٧٧). التعلم الذاتي وارتقاء الشخصية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عائشة عبدالرحمن (بنت الشاطيء) (١٩٧٣). الشخصية الإسلامية. دارسة قرآنية. بيروت: دار العلم للملايين.

- عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عايدة عبدالحميد (١٩٩٠). العلاج بالفن مدخل نفسي وتنموي لرعاية الطفل المتخلف عقليا: دراسة حالات. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ١٤، ص ص ١١٧ - ١٥٤.

- عايدة عبدالحميد (١٩٩٢). الفن والإرشاد النفسي في التعليم العام. المؤتمر العلمي الرابع بكلية التربية الفنية جامعة حلوان. «الفن وثقافة المواطن». (فبراير ١٩٩٢). مجلد ١، ص ص ٧٣ - ٨٩.

- عايدة عبدالحميد (١٩٩٢أ). العلاج بالفن: النظرية والتطبيق والاستفادة به في مجال التربية الفنية. المؤتمر العلمي الخامس، كلية الفنون الجميلة جامعة المنيا «مستقبل الفن والثقافة في صعيد مصر». (أبريل ١٩٩٢)، ص ص ٧٧ - ٩٦.

- عايدة علي قاسم (١٩٩٧). مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

- عباس حلمي حسن (١٩٦٣). العلاج بالعقاقير الحديثة في الطب النفسي. مجلة الصحة النفسية. (مايو ١٩٦٣). ص ص ١٥ - ١٧.

- عبدالرؤوف ثابت (١٩٦٥). الطب النفسي المبسط، القاهرة: دار النهضة العربية.

- عبدالستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

- عبدالسلام عبدالغفار (١٩٩٠). مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.

- عبدالسلام عبدالغفار وهدى برادة (١٩٦٦). التعرف على حالات الضعف العقلي. صحيفة التربية. (مارس ١٩٦٦)، ص ص ٥٧ - ٧٤.

- عبدالعزيز القوصي (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية. (ط٩). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- عبدالكريم العفيفي معوض (١٩٨٨). مدى فاعلية أسلوب الساعد في خدمة الفرد في علاج المدمنين. المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية - العلاج - المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨). مجلد البحوث، ص ص ١١ - ٤٠.

- عبداللطيف عمارة (١٩٨٥). العلاج العقلانى الانفعالى لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
- عبد المطلب القريطى (١٩٩٥). مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال. القاهرة: دار المعارف بمصر.
- عبدالمطلب القريطى (١٩٩٦). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربى.
- عبدالمنعم الحفنى (١٩٩٢). موسوعة الطب النفسى. القاهرة: مكتبة مدبولى.
- عثمان لبيب فراج (١٩٧٠). أضواء على الشخصية والصحة العقلية. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- عزيز فريد (١٩٦٤). الأمراض النفسية العصابية. علميا، عمليا، تشخيصيا، علاجيا. القاهرة: الشركة العربية للطباعة والنشر.
- عطية محمود هنا وآخرون (١٩٦٠). الشخصية والصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عفاف عويس (١٩٨٠). تنمية القدرات الإبداعية للأطفال عن طريق النشاط التربوى الخلاق. رسالة ماجستير. كلية البنات جامعة عين شمس.
- عفاف محمد عبدالمنعم (١٩٨٤). العوامل النفسية والاجتماعية التى تؤدى إلى إدمان المخدرات وآثارها على السلوك. رسالة ماجستير. كلية الآداب جامعة الاسكندرية.
- عفيف عبدالفتاح طبارة (١٩٧٣). روح الدين الإسلامى. (ط١١). بيروت: دار العلم للملايين.
- على الدين السيد محمد (١٩٨٨). دور الأسرة فى رعاية الناقهين من إدمان المخدرات. المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية ـ العلاج ـ المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨). مجلد البحوث. ص ص ٨٧ ـ ١٦١.
- عماد الدين سلطان (د.ت). الطب النفسى. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- عمر شاهين ويحيى الرخاوى (١٩٦٥). مبادىء الأمراض النفسية. (ط٢). القاهرة: مكتبة النصر الحديثة.
- غريب عبدالفتاح غريب (١٩٩٢). مفهوم الذات فى مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكتئاب: دراسة مقارنة بين مصر والإمارات العربية. كتاب بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس فى مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ص ٨٧ ـ ١١٢.
- فاروق سيدعبدالسلام (١٩٧٧). سيكولوجية الإدمان. القاهرة: عالم الكتب.
- فاطمة محمد المصيلحى (١٩٩٦). خصائص رسوم الأطفال المصريين المتخلفين عقليا فى المرحلة من ٩ ـ ١٥ سنة. رسالة دكتوراه. كلية التربية الفنية جامعة حلوان.

- فتحى السيد عبدالرحيم (١٩٨٣). قضايا ومشكلات فى سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين: النظرية والتطبيق. الكويت: دار القلم.
- فتحى السيد عبدالرحيم، حليم السعيد بشاى (١٩٨٢). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. (جزءان) (ط٢). الكويت: دار القلم.
- فرج العنترى (١٩٨٥). الموسيقى والإنسان. القاهرة: وزارة الثقافة.
- فيصل الزراد (١٩٨٤). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. بيروت: دار القلم.
- فيصل الصباغ (١٩٦٥). الأمراض النفسية. دمشق. مطبعة الجامعة السورية.
- كنينجهام (ترجمة) حسين خليفة (١٩٦٥). التشريح العملى. (جـ٣). «الرأس» الدماغ. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- كارين ماكوفر (ترجمة) رزق ليلة (١٩٨٧). إسقاط الشخصية فى رسم الشكل الإنسانى: منهج لدراسة الشخصية. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- كلارك كينيدى (ترجمة) فتحى الزيات (١٩٦٢). أمراض الإنسان. القاهرة: الألف كتاب.
- لويس كامل مليكة (١٩٦٨). دراسة الشخصية عن طريق الرسم. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- لويس كامل مليكة (١٩٧٠). قراءات فى علم النفس الاجتماعى فى البلاد العربية. (المجلد الثانى). القاهرة: الهيئة العامة للتأليف والنشر.
- مارسون، أ. (ترجمة) عمر شاهين (١٩٦٧). التنويم المغنطيسى الطبى. مجلة الصحة النفسية. (أغسطس ١٩٦٧)، ص ص ٥١ ـ ٥٥، (أكتوبر ١٩٦٧)، ص ص ٣٧ ـ ٤٦.
- محمد خليفة بركات (١٩٥٢). عيادات العلاج النفسى. القاهرة: مكتبة مصر.
- محمد رياض عزيزة (١٩٧٥). دراسة مقارنة بين التلاميذ المتخلفين فى التحصيل الدراسى وعلاقة ذلك بميولهم المهنية. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.
- محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسى. القاهرة: دار المعارف.
- محمد عثمان الخشت (١٩٨٤). المشاكل الزوجية وحلولها فى ضوء الكتاب والسنة. القاهرة: مكتبة القرآن.
- محمد عثمان نجاتى (١٩٦٣). اتجاهات الشباب ومشكلاتهم. القاهرة: دار النهضة العربية.
- محمد عثمان نجاتى (١٩٨٢). القرآن وعلم النفس. بيروت: دار الشروق.
- محمد علم الدين (١٩٧٠). التربية الجنسية بين الواقع وعلم النفس والدين. القاهرة: الهيئة العامة للتأليف والنشر.
- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩). الشخصية والعلاج النفسى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- محمد عماد فضلى (١٩٦٩). دور العائلة والمجتمع فى مشكلة الإدمان. مجلة الصحة النفسية. (مايو ١٩٦٩)، ص ص ٨ - ١٢.

- محمد فخر الإسلام (١٩٦٧). الطب النفسى الوقائى. مجلة الصحة النفسية. (مارس ١٩٦٧). ص ص ٢٧ - ٣٠.

- محمد فخر الإسلام (١٩٦٧). الصحة النفسية والشيخوخة. مجلة الصحة النفسية. (مايو ١٩٦٧)، ص ص ٢٣ - ٢٦.

- محمد كامل الخولى (١٩٦٧). الطب النفسى الشرعى. القاهرة: دار الكاتب العربى.

- محمد كامل النحاس (١٩٦٤) . الدين والصحة النفسية . مجلة الصحة النفسية. (العدد الثانى)، ص ص ١ - ٥.

- محمد حمودة (١٩٩٠). الطب النفسى: النفس، أسرارها، وأمراضها. (ط٢). القاهرة: مكتبة الفجالة.

- محمود الزيادى (١٩٦٩). علم النفس الإكلينيكى: التشخيص. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- مختار حمزة (١٩٧٥). سيكولوجية المرضى وذوى العاهات. (ط٣). القاهرة: مكتبة الخانجى.

- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٦١). البغاء فى القاهرة. مسح اجتماعى ودراسة كلينيكية. القاهرة: مطبوعات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- مصطفى أحمد فهمى (١٩٥٧). الشذوذ النفسى. القاهرة: مكتبة مصر.

- مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٥). مجالات علم النفس (المجلد الثانى): سيكولوجية الأطفال غير العاديين. القاهرة: مكتبة مصر.

- مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٧). علم النفس الإكلينيكى. القاهرة: مكتبة مصر.

- مصطفى أحمد فهمى (١٩٧٠). الإنسان وصحته النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- مصطفى أحمد فهمى (١٩٧٩). التوافق الشخصى والاجتماعى. القاهرة: مكتبة الخانجى.

- مصطفى أحمد فهمى (د.ت). أمراض الكلام. القاهرة: مكتبة مصر.

- مصطفى سويف (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة.

- مصطفى عبدالواحد (١٩٧٠) شخصية المسلم كما يصورها القرآن. (ط٣). القاهرة: مكتبة عمار.

- مكسويل جونز وآخرون (ترجمة) صموئيل مغاريوس (١٩٦١). الطب النفسى الاجتماعى. القاهرة: دار المعارف.

- منيرة أحمد حلمى (١٩٦٦). مشكلات الفتاة المراهقة وحاجاتها الإرشادية. القاهرة: دار النهضة العربية.

- نبيلة ميخائيل (١٩٧٨). الموسيقى فى علاج الأمراض العضوية. رسالة دكتوراه. كلية التربية الموسيقية جامعة حلوان.

- نجيب اسكندر إبراهيم ورشدى فام منصور (١٩٦٢) التفكير الخرافى: بحث تجريبى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- نيريس دى (ترجمة) محمد منير مرسى (١٩٨٧). الأحلام: تفسيرها ودلالاتها. القاهرة: عالم الكتب.

- هدى عبدالحميد برادة وحامد عبدالسلام زهران (١٩٧٤). التأخر الدراسى. دارسة كلينيكية لأسبابه فى البيئة المصرية. القاهرة: عالم الكتب.

- واطسون، ل.س. (ترجمة) محمد فرغلى فراج، سلوى الملا (١٩٧٦). تعديل سلوك الأطفال. القاهرة: دار المعارف.

- وول، و.د. (ترجمة) إبراهيم حافظ (د.ت). التربية والصحة النفسية. القاهرة: دار الهلال.

- يحيى الرخاوى (١٩٦٤). الفصام فى الحياة العامة. مجلة الصحة النفسية. (العدد الثانى)، ص ص ٣٩ - ٤٨، (العدد الثالث)، ص ص ٤٣ - ٤٩.

- يحيى الرخاوى (١٩٦٥). الحيل النفسية فى الأمثال العامية. مجلة الصحة النفسية. (العدد الأول). ص ص ٣٥ - ٤١.

- يوسف حلمى جنينة (١٩٦٠). القلق النفسى. مجلة الصحة النفسية. (ديسمبر ١٩٦٠)، ص ص ١٢ - ١٤.

- يوسف الشيخ وعبدالسلام عبدالغفار (١٩٦٦). سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة. القاهرة: دار النهضة العربية.

- يوسف القرضاوى (١٩٦٩). الحلال والحرام فى الإسلام. (ط٥). القاهرة: منشورات المكتب الإسلامى.

- يوسف القريوتى، عبدالعزيز السرطاوى، جميل الصمادى (١٩٩٥). المدخل إلى التربية الخاصة. دبى، الإمارات العربية المتحدة: دار القلم.

- Ackerman. N.W. (1955). Group Psychotherapy with a mixed group of adolescents. International Journal of Group Psychotherapy, 5, 249 - 256.

- Adams, James (1955). Counseling and Guidance: A Summary View. New York: Macmillan.

- Alexander, T. (1963). Psychotherapy in Our Society. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- Allen, Clifford (1962). A Textbook of Psychosexual Disorders. London: Oxford University Press.

- Allen, Clifford (1965). Modern Discoveries in Medical Psychology. London: Pan Books.

- Allport, Gordon (1937). Personality: A Psychological Interpretation. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Anthony. J. (1969). A clinical evaluation of children with psychotic parents. American Journal of Psychiatry, 126, 177 - 184.

- Askar. A.M. et al. (1963). Psychology in Medical Practice. Cairo: Al - Nasr Modern Bookshop.

- Asmus, Edward and Gilbert, Janet (1981). A client - centered model of therapeutic intervention. Journal of Music Therapy, 18, 1, 41 - 51.

- Axline, Virginia. (1947). Play Therapy: The Inner Dynamics of Childhood. Boston: Houghton Mifflin.

- Ayllon, Teodoro and Michael, J. (1959). The Psychiatric nurse as a behavioral engineer. Journal of Experimental & Analytical Behavior, 2, 323 - 334.

- Bandura, Albert (1961). Psychotherapy as a learning Process. Psychological Bulletin, 2, 143 - 157.

- Barrett, B.H. (1962). Reduction in rate of multiple tics by free operant conditioning method. Journal of Nervous & Mental Disorders, 135, 187, 195.

- Baxter, S. et al. (1968). Psychiatric Emergencies: Dispositional determinants and the validity of the decision to admit. Journal of Psychiatry, 124, 1542 - 1548.

- Beach, F.A. (Ed.). (1965). Sex and Behavior. New York: Wiley.

- Beech, H.R. (1960). The Symptomatic treatment of writer's cramp. In Eysenck, H.J. (Ed.). (1960). P. 349.

- Beech, H.R. (1969). Changing Man's Behaviour. Harmondsworth: Penguin.

- Bell, Robert (1975). Marriage and Family Interaction (4 th Ed.). Homewood, Illinois: Dorsey Press.

- Berdic, R.F. et al. (1963). Testing in Guidance and Counseling. New York: McGraw-Hill.

- Bernard, Harold and Fullmer, Daniel (1972). Principles of Guidance: A Basic Text. New Delhi: Allied Publishers.

- Bernstein, S. et al. (1969). The effect of group psychotherapy in the psychotherapist. American Journal of Psychotherapy, 123, 271 - 282.

- Blank, M. and Solomon, F. (1969). How shall the disadvantaged child be taught. Child Development, 40, 47 - 61.

- Blinder, B.J. et al. (1970). Behavior therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. American Journal of Psychiatry, 126, 1093 - 1099.

- Boenheim, Curt (1970). Contemporary Dynamic Psychotherapy. Ohio: National Graphics Corporation.

Brammer, L. M. and Shostrom, E.L. (1977). Therapeutic Psychology: Fundamentals of Counseling and Psychotherapy. (3 rd Ed.). Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall.

- Brenman, M. and Gill, M. (1947). Hypnotherapy. New York: International University Press.

- Bromley. D.B. (1966). The Psychology of Human Ageing. Hermondsworth: Penguin.

- Brown, B.S. and Courtless, T.F. (1968). The Mentally retarded in panel and correctional institutions. American Journal of Psychiatry, 124, 1164 - 1170.

- Brown, J.A.C. (1961). Freud and the Post-Freudians. Harmandsworth: Penguin.

- Burr, Wesley (1976). Successful Marriage: A Principles Approach. Home wood, Illinois: Dorsey Press.

- Butler, Robert and Lewis, Myrna (1976). Sex After Sixty: A Guide for Men and Women for Their Later Years. New York: Harper & Row.

- Carrol, H.A. (1969). Mental Hygiene: The Dynamics of Adjustment. (5th Ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- Cattell, Raymond (1965). The Scientific Analysis of Personality. Middlesex: Penguin.

- Chodoff, Paul (1982). Hysteria in Women. American Journal of Psychiatry, 139, 545 - 551.

- Christ, J. and Goldstein, S. (1970). Four techniques in dealing with psychotic disorders in the outpatient clinic. Mental Hygiene, 54, 105 - 108.

- Coch, L. and French, J.R.P.Jr. (1948). Overcoming resistance to change. Human Relations, 1, 512 - 532.

- Coleman, James (1972). Abnormal Psychology and Modern Life. (4th Ed.). Glenview, Illinois: Scott, Foresman & Co.

- Collins, R.D. (1962). Illustrated Manual of Neurologic Diagnosis. Philadelphia: Lippincott.

- Cone, John and Hawkins, Robert (Eds.) (1977). Behavioral Assessment: New Directions in Clinical Psychology. New York: Brunner/ Mazel.

- Coville, W.J. et al. (1967). Abnormal Psychology. New York: Barnes & Noble.

- Critchley, Macdonald and Hanson, R.A. (Eds.) (1977). Music and The Brain: Studies in the Neurology of Music. London: William Heinman.

- Crowcroft, A. (1967). The Psychotic: Understanding Madness. Harmondsworth: Penguin.

- Davidson, J. (1969). Psychiatric consultation in a school for problem girls. Mental Hygiene. 53, 280 - 288.

- Denney, James (1975). Art Therapy in Theory and Practice. New York: Schocken Books.

- Deutsch, Diana (Ed.) (1982). The Psyehology of Music. New York: Academic Press.

- DiCaprio, N.S. (1974). Personality Theories: Guides to Living. Philadelphia: Saunders.

- Dollard, John and Miller, Neal. (1950). Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture. New York: Mc Graw - Hill.

- Dryden, Windy and Feltham, Colin (1992). Brief Counselling: A Practical Guide For Beginning Practitioners. Buckingham: Open Universithy Press.

- Dunlap. K. (1932). Habits: Their Making and Unmaking. New York: Liveright.

- Ellis, Albert (1958). Rational Psychotherapy. Journal of General Psychology. 59, 35 - 49.

- Ellis, Albert (1973) Rational - Emotive Therapy. Psychology Today, (July 1973), 56 - 62.

- Ellis, Albert (1977). Rational Emotive Therapy: Research data That support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive behavior. Counselinng Psychologist, 7, 2 - 44.

- Ellis, Albert (1982). The Rational - Emotive Therapy. In Burk, H. The Theory and Practice of Counselling Psychology. London: Pitman.

- Elwood, D.L. (1969). Automation of psychological testing. American Psychologist. 24, 287 - 289.

- Ewalt, J.R. et al. (1957). Practical Clinical Psychiatry. (8th Ed.). New York: McGraw-Hill.

- Eysenck, Hanz (1957). The Dynamics of Anxiety and Hysteria. London: Routledge & Kegan Paul.

- Eysenck, Hanz (Ed.) (1960). Behaviour Therapy and the Neurosis. New York: Pergamon Press.

- Eysenck, Hanz (Ed.) (1960 a). Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach. London: Pitman.

- Eysenck, Hanz (Ed.) (1964). Experiments in Behaviour Therapy. New York: Pergamon Press.

- Federman D.D (1967). Abnormal Sexual Development: A Genetic and Endocrine Approach to Differential Diagnosis. Philadelphia: Saunders.

- Fine, R. et al. (1962). Psychodance: an experiment in Psychotherapy and Training. Group Psychotherapy, 15, 203, 223.

- Fish. B. (1968). Drug use in Psychiatric disorders of children. American Journal of Psychiatry, 124, 31 - 36. (Supplement).

- Foulkes. S.H. (1964). Therapeutic Group Analysis. London. George Allen & Unwin.

- Frazier, S.H. and Carr, A.C. (1964). Introduction to Psychopathology. New York: Macmillan.

- Freedman, Alfred: and Kaplan, Harold (Eds.) (1967). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Fromm, Erick (1955). The Sane Society. New York: Holt, Rinehart.

- Freud, Sigmund (1927). The Ego and the Id. London: Hogarth Press.

- Freud, Sigmund (1933). New Introductory Lectures on Psychoanalysis. New York: Norton.

- Freud, Sigmund (1946). The Ego and The Mechanisms of Defense. New York: International University Press.

- Freud, Sigmund (1949). An Outline of Psychoanalysis. New York: Norton,

- Freud, Sigmund (1954). The Origins of Psychoanalysis. New York: Basic Books.

- Freud, Sigmund (1960). Psychopathology of Everyday Life. (5th Impression). London: Ernest Benn.

- Freund K. (1960). Some problems in the treatment of homosexuality. In. Eysenck, Hanz. Behaviour Therapy and the Neurosis.

- Fullmer, Daniel and Bernard, Harold (1972). Counseling: Content and Process. New Delhi: Thomson Press.

- Garfield, S.L. (1974). Clinical Psychology: The Study of Personality and Behavior. Chicago: Aldine.

- Garfield, S.L. and Bergin, A.E. (1978). Handbook ot Psychotherapy and Behavior Change. (2nd Ed.). New York: Wiley.

- Gaston, Thayer (Ed.) (1968). Music in Therapy. New York: Macmillan.

- Gelder, M.G. and Marks, I.M. (1966). Severe agoraphobia: A controlled prospective trial of behaviour therapy. British Journal of Psychiatry, 112, 309 - 319.

- Gentner, Donald (1991). A brief strategic model for mental health counseling. Journal of Mental Health Counseling, 13, 1, 58 - 68.

- Glasser, William (1965). Reality Therapy. New York: Harper & Row.

- Glick, B.S. (1968). Attitude toward drug and clinical outcome. American Journal of Psychiatry, 124, 37 - 39. (Supplement).

- Gunning-Schepers, Louise and Hagen, Hans (1987). Avoidable burden of illness: How much can prevention contribute to health. Social Science & Medicine, 24, 945 - 951.

- Hadden, S.B. (1968). Group Psychotherapy for sexual maladjustment. American Journal of Psychiatry, 125, 312 - 332.

- Hadley, J.M.(1958).Clinical and Counseling Pscychology. New York: Knopf.

- Hamilton, M. (1967). Abnormal Psychology: Selected Readings. Harmondsworth: Penguin.

- Hays, P. (1964). New Horizons in Psychiatry. Harmondsworth: Penguin.

- Head, W.A. (1962). Sociodrama and group discussion with institutionalized delinquent adolescents. Mental Hygiene, 46, 127 - 135.

- Heckel R.V. et al. (1962). Conditioning against silances in group therapy. Journal of Clinical Psychology, 28, 216 - 217.

- Herma, H. and Kurth, G.M. (1963). A Handbook of Psychoanalysis. New York: The World Publishing Co.

- Hess, Beth and Markson, Elizabeth (1980). Aging and Old Age: An Introduction to Social Gerontology. New York: Macmillan.

- Hickey, T. (1969). Psychologic rehabilitation for the «normal» elderly. Mental Hygiene, 53, 369 - 374.

- Hilgard, E.R. (1949): Human motives and the concept of the self. American Psychologist. 4, 374 - 382.

- Hill. D. (1968). Depression: Disease. reaction or posture? American Journal of Psychiatry, 124, 445 - 457.

- Hite, Shere (1976). The Hite Report: A Nationwide Study on Female Sexuality. New York: Macmillan.

- Hite, Shere (1981). The Hite Report on Male Sexuality. New York: Knopf.

- Hodges, Brian, Craven, John, and Littlefield, Christine (1995). Bibliotherapy for Psychosocial distress in lung transplant patients and their families. Psychosomatics, 36, 4, 360 - 368.

- Horney, Karen (1939). New Ways in Psychoanalysis. New York: Norton.

- Hull, Clark (1943). Principles of Behavior. New York: Appleton - Century - Crofts.

- Hynes, Arleen and Wedl, Lois (1990). Bibliotherapy: An interactive process in counseling older persons. Journal of Mental Health Counseling, 12, 3, 288 - 302.

- Irwin, S. (1968). A rational framework for the development, evaluation, and use of psychoactive drugs, American Journal of Psychiatry, 124, 1 - 19. (Supplement).

- Ivey, Allen and Authier, Jerry (1978). Microcounseling: Innovations in Interviewing, Counseling, Psychotherapy and Psychoeducation. (2nd Ed.). Springfield, Illinois, Charles Thomas.

- Jenkins. R.L. (1968). The Varieties of children's behavioral problems and family dynamics. American Journal of Psychiatry, 124, 1440 - 1445.

- Jones, A. J. (1970). Prinicinles of Guidance. (6th Ed.). New York: Mc Graw -

- Jones, E. (1964). The Life and work of Sigmund Freud. Harmondsworth: Penguin.

- Jones, H.G. (1960). The behavioral treatment of enuresis nocturna. In Eysenck, Hanz (Ed.) (1960). Behaviour Therapy and the Neurosis. p. 337.

- Jones, Maxwell (1968). Social Psychiatry in Practice. Harmondsworth: Penguin.

- Jung, Carl (1933). Modern Man in Search of Soul. New York: Harcourt Brace & World.

- Kahn, J.H. (1969). Dimensions of diagnosis and treatment. Mental Hygiene, 53. 229 - 236.

- Kallmann. F.J. (1946). Genetic theory of schizophrenia: Analysis of 791 twin index families. American Journal of Psychiatry, 103, 309 - 322.

- Kanner, L. (1948). Child Psychiatry. (2nd Ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Klapman. J.W (1946). Group Therapy: Theory and Practice. New York: Grune and Stratton.

- Klapman, J.W. (1947). Didactive group psychotherapy with psychotic patients. In Slavson, S.R. (Ed.). The practice of Group Therapy. pp. 242 - 259.

- Klein, Melanie (1960). The Value and limitation of hypnosis in Psychotherapy: Two clinical illustrations. International Journal of Clinical Experimental Hypnosis, 8, 4, 263.

- Klemer. M.W. and Ritkin, A.H. (1969). The early development of homosexuality: A study of adolescent lesbians. American Journal of Psychiatry, 126, 91 - 96.

- Klemer, R.H. (Ed.). (1965). Counseling in Marital Sexual Problems: A Physician's Handbook.. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Klepsch, Marvin and Logic, Laura (1982). Children Draw and Tell: An Introduction to The Projective Uses of Children's Human Figure Drawings. New York: Brunner.

- Koch,S. (Ed.) (1959). Psychology: A Study of Science (Vol, 3). New York: Mc Graw-Hill.

- Koegler. R.R. and Brill. N.G. (1967). Treatment of Psychiatric outpatients. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Kolb, Lawrence (1968). Noyes' Modern Clinical Psychiatry. (7th Ed.). Philadelphia: Saunders.

- Koura, Farouk (1968). Neurology in Medical Practice. Cairo: El - Nasr Modern Bookshop.

- Kramer, Edith and Ulman, Elinor (1982). Art Therapy. In Reynolds, Cecil and Gutkin, Terry (Eds.). The Handbook of School Psychology. pp. 656 - 666.

- Lang, P.J. (1969). The On - Line Computer in behavior therapy research. American Psychologist, 24, 236 - 239.

- Langfeldt, G. (1969). Schizophrenia: Diagnosis and prognosis. Behavioral Science, 14, 173 - 182.

- Lazarus, Arnold (1961). A group therapy of phobic disorders by systenatic desensitization. Journal of Abnormal & Social Psychology, 63, 504 - 510.

- Lazarus, Arnold (1963). The results of behavior therapy in 126 cases of severe neurosis. Behavior Research & Therapy, 1. 65 - 78.

- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In Newcomb, Theodore. and Hartly, E. (Eds.). Readings in Social Psychology. pp. 330 - 344.

- Lewis, A.B. (1968). Perception of self in borderline states. American Journal of Psychiatry, 124, 1491 - 1498.

- Lieberman, D.A. (Ed.) (1974). Learning and the Control of Behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Lynn, Steven and Garske, John (Eds.) (1985). Contemporary Psychotherapies: Models and Methods. Columbus, Ohio: Charles Merrill.

- Maclean, I.C. (1966). Child Guidance and the School. London: Methuen.

- Marcuse, F.L. (1959). Hypnosis: Fact and Fiction. Harmonsworth: Penguin.

Gelder, M.G. (1965). A controlled retrospective study of be-
y in phobic patients. British Journal of Psychiatry, 111, 561 -

967). Elementary Psychiatry for Medical Undergraduates,
Publishing House.

m and Johnson, Virginia (1966). Human Sexual Response.
Brown.

n, and Johnson, Virginia (1970). Human Sexual Inadequacy.
Brown.

Collins, M. (1970). Mandatory group therapy for exhibition-
Journal of Psychiatry, 126, 1162 - 1167.

Breaking a homosexual fixation by the conditioned reflex
:hological Bulletin, 32, 734.

and Almada, A.A. (1950). Round-table Psychotherapy: A
oup psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 14,

(1973). Human Sexuality. (2nd Ed.). New York: Van Nos-

)69). Comprehensive Preparation for group psychotherapy.
ıal of Psychiatry, 123, 303 - 312.

J. (1969). Emotional disturbances in mentally retarded chi-
ı Journal of Psychiatry, 126, 168 - 176.

ı. The treatment of two phobic patients on the basis of learn-
ournal of Abnormal & Social Psychology, 55, 261 - 266.

57). Dynamic Psychiatry in Simple Terms. (3rd Ed.). New

The Psychology of Play. Harmondsworth: Penguin Books.

- Newell, H.W. (1941). Play therapy in child psychiatry. American Journal of Orthopsychiatry, 1, 245 - 251.

- Nordberg, R.B. (1970). Guidance: A Systematic Introduction. New York: Random House.

- Nordoff, Paul and Robbins, Clive (1985). Therapy in Music for Handicapped Children. London: Victor Gollaucz.

- Odell, Helen (1988). A music therapy approach in mental health: Special issue. Music Therapy, 16, 1, 52 - 61.

- Okasha, Ahmad et al. (1986). Descriptive study of attempted suicide in Cairo. Egyptian Journal of Psychiatry, 9, 53 - 70.

- Olsen, H. (1954). Sexual Adjustment in Marriage. London: George Allen & Unwin.

- Osipow, S.H. and Walsh, W.B. (1970). Strategies in Counseling for Behavior Change. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Oswald, I. (1962). Induction of illusory and hallucinatory voices with considerations of behavior therapy. Journal of Mental Science, 108 - 192.

- Pardeck, John and Markward, Martha (1995). Bibliotherapy: Using books to help children deal with problems. Early Child Development & Care, 10, 6, 75 - 90.

- Parker, B. (1968). Mental Health In-Service Training: Some Practical Guidelines for the Psychiatric Consultant. New York: International University Press.

- Patterson, C.H. (1980). Theories of Counseling and Psychotherapy. (2nd Ed.).New York: Harper & Row.

- Paul, G.L. (1969). Chronic mental patient, current status, future directions. Psycholoyical Bulletin, 71, 81 - 94.

- Paul, L. (Ed.) (1963). Psychoanalytic Clinical Interpretation. London: The Free Press.

- Reynolds, Cecil and Gutkin, Terry (Eds.) (1982). The Handbook of School Psychology. New York: Wiley.

- Rickels, K. (1968). Drug use in outpatient treatment. American Journal of Psychiatry, 124, 20 - 31 (Supplement).

- Rimm, David and Cunningham, H. Michael (1985). Behavior Therapies. In Lynn, Steven & Garske, John (Eds). Contemporary Psychotherapies: Models and Methods. 221 - 259.

- Rimm, David and Somervill, John (1976). Abnormal Psychology. New York: Academic Press.

- Rockland, L.H. (1969). Psychiatric consultation to the clergy. A report on a group experience. Mental Hygiene, 53, 205 - 207.

- Rogers, Carl (1942). Counseling and Psychotherapy: New Concepts in Practice, Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, Carl (1951). Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, Carl (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in client-centered framework. In Koch, S. (Ed.) Psychology: A Study of Science. Vol. 3. pp. 184 - 256.

- Rogers, Carl (1961). on Becoming a Person: A Therapist's View ol Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, Carl (1970). Carl Rogers on Encounter Groups: New York: Harper & Row.

- Rosecrance, F.C. and Hayden, V.D. (1960). School Guidance and Personnel Services. Boston: Allyn & Bacon.

- Rosen, I. (1946). The Pathology and Treatment of Sexual Deviation. London: Oxford University Press.

- Rosenbaum, R., Hoyt, M.F. and Talmon, M. (1990). The challenge of single - session therapies creating pivotal moments. In Wells, R.A. and Gianetti, V.J. (Eds.). Handbook of Brief Psychotherapies. New York: Plenum.

- Rothery, Guy (n.d.). The Power of Music and the Healing Art. (3rd Imp.). London: Kegan Paul.

- Rotter, J.B. (1964). Clinical Psychology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Salib, M. (1967). The Handbook of Neurology. Cairo: El - Nasr Modern Bookshop.

- Sanford, Filmore (1962). Psychology: A Scientific Study of Man. New Francisco: Wadsworth.

- Sarason, Irwin and Sarason, Barbara (1980). Abnormal Psychology: the Problem of Maladaptive Behavior. (3rd Ed). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice - Hall.

- Schofield. W. (1964). Psychotherapy: The Purchace of Friendship. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Schofield. W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. American Psycholoyist, 24, 565 - 584.

- Seashore, Carl (1967). Psychology of Music New York: Dover.

- Sim, M. (1974). Guide to Psychiatry. (3rd Ed.). London: Churchill Livingstone.

- Skinner, Burrhus F. (1938). The Behavior of Organisms. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Slavson, S.R. (1943). An Introduction to Group Therapy. New York: Commonwealth Fund.

- Slavson. S.R. (Ed.) (1947). The Practice of Group Therapy. London: The Pushkin Press.

- Slavson, S.R. (1950). Analytic Group Psychotherapy. New York: Columbia University Press.

- Sloane, R.B. (1969). Behavior therapy and psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 23, 473 - 481.

- Smedslund, J. (1969). Psychological diagnostics. Psychologial Bulletin, 71, 237 - 248.

- Smith. C. (1968). Correctional treament of the sexual deviate. American Journal of Psychiatry, 125, 615 - 621.

- Smith. J.A. (1966). Psychiatry: Descriptive and Dynamic. Calcutta: Oxford & IBH Publishing House.

- Snygg, Donald and Combs. Arthur (1949). Individual Behavior: A New Frame of Reference for Psychology. New York: Harper.

- Sommer, J.J. (1969). Work as a threapeutic goal: Union - management clinical contributions to a mental health program. Mental Hygiene, 53, 263 - 268.

- Stafford-Clark, D. (1962). Psychiatry Today. Harmondsworth: Penguin.

- Staton. T.F. (1963). Dynamics of Adolescent Adjustment. New York: Macmillan.

- Storr, A. (1964). Sexual Deviation. Harmondsworth: Penguin.

- St. Pierre C.A. (1969). A treatment program for the drug - dependent patient. Social Work, 14, 98 - 105.

- Straker, M. (1968). Brief psychotherapy in an outpatient clinic: Evoluition and evaluation, American Journal of Psychiatry, 124, 1219 - 1226.

- Sullivan, H.S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton.

- Sylvester, J.D. and Liversedge, L.A. (1960) Conditioning and the occupational cramps. In Eysenck, Hanz (Ed.) (1960). Behaviour Therapy and the Neurosis.

- Talland, G.A. (1968). Human Aging and Behavior. New York: Academic Press.

- Tawney, James et al. (1979). Programmed Environments Curriculum: A Curriculum Handbook for Teaching Basic Skills to Severely Handicapped Persons. Columbus: Charles Merrill.

- Thompson, Charles and Rudolph, Linda (1983). Counseling Children. Monterey, California: Brooks/ Cole.

- Thomdike, E.L. (1911). Animal Intelligence. New York: Macmillan.

- Tredgold, A.F. (1952). A Textdook of Mental Deficiency (Amentia). (8th Ed.) London: Baillière, Thindall & Cox.
- Tredgold, R. and Wolf, H. (Eds.) (1970). Psychiatry in General Practice. New York: International University Press.
- Vernon, Philip (1964). Personality Assessment: A Critical Survey. London: Methuen.
- Walker, S. (1967). Psychiatric Signs and Symptoms Due to Medical Problems. Springfild. Ill.: Charles Thomas.
- Walton, D. (1960). The application of learning theory to the treatment of neurodermatitis. In Eysenck, Hanz (Ed.). Behavior Therapy and The Neurosis. p. 273.
- Waters, Virginia (1982). Rational Emotive Therapy. In Reynolds, Cecil and Gutkin, Terry (Eds.). The Handbook of School Psychology. pp. 570 - 579.
- Watkins, J.G. (1949). Poison-pen therapy. American Journal of Psychotherapy, 3, 410 - 418.
- Watson, Robert (1963). The Clinical Method in Psychology. New York: Wiley.
- Weinberg, J. (1969). Sexual expression in late life. American Journal of Psychiatry, 126, 713 - 616.
- Wells, R.A. and Gianetti, V.J. (Eds.) (1990). Handbook of Brief Psychotherapies. New York: Plenum.
- Wender, L. (1940). Group Psychotherapy: A study of its application. Psychiatric Quarterly, 14, 708 - 718.
- Wheeler, Barhara (1981). The relationship hetween music therapy and theories of psychotherapy. Music Therapy, 1, 9 - 16.
- Williams, C.D. (1959). The elimination of tantrum behaviors by extinction procedures. Journal of Abnormal & Social Pschology, 59, 269.
- Williamson, E.G. (1939). How to Counsel Students. New York: Mc Graw - Hill.
- Wimperis, V. (1960). The Unmarried Mother and Her Child. London: George Allen & Unwin.

- Winchester, A.M. (1973). The Nature of Human Sexuality. Columbus, Ohio: Charles Merrill.

- Witzig, J.S. (1968). The group treatment of male exhibitionists. American Journal of Psychiatry, 125, 179 - 185.

- Wolman, B.B. (1965). Handbook of Clinical Psychology. New York: Mc Graw-Hill.

- Wolpe, Joseph (1958). Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford. California: Stanford University Press.

- Wolpe, Joseph (1962). Behaviour therapy in complex neurotic states. British Journal of Psychintry, 110, 28.

- Wood, Mary (Ed.) (1975). Developmental Therapy. Baltimore; University Park Press.

- Wylie, Ruth (1974). The Self - Concept. (Revised Ed.). (Vol. 1): A Review of Methodological Considerations and Measuring Instruments. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Wylie, Ruth (1979). The Self - Concept (Revised Ed.). (Vol. 2): Theory and Research on Selected Topics. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Yates, A.J. (1958). The application of learning theory to the treatment of tics. Journal of Abnormal & Social Psychology, 56, 175 - 182.

- Zahran, Hamed (1964). An Investigation of Some Aspects of Personality with Reference to the Psychological Guidance of Blind Children. M.A. Thesis. University of London Institute of Education.

- Zahran. Hamed (1965). A study of personality differences between blind and sighted childiren. British Journal of Educational Psychology, 35, 329 - 338.

- Zahran, Hamed (1966). the Self - Concept in Relation to the Psychological Guidance of Adolescents: An Experimental Study. Ph. D. Thesis. University of London Institute of Education.

- Zahran. Hamed (1967). The self - concept in the psychological guidance of adolescents. British Journal of Educational Psychology, 37, 225 - 240.

فهرس الموضوعات

هذا الكتاب

■ هذا الكتاب فى الصحة النفسية والعلاج النفسى يقدمه المؤلف إلى المعالجين والمرشدين والأخصائيين والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والمربين والوالدين وطلاب الصحة النفسية والعلاج النفسى.

■ وهذا الكتاب يتضمن خلاصة اطلاع وبحث وخبرة المؤلف فى تدريس الصحة النفسية وممارسته للعلاج النفسى والبحوث التى أجراها والدراسات التى قام بها فى ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسى.

■ وهذا الكتاب دليل علمى عملى يشتمل على ما يحتاجه المهتمون بالصحة النفسية من معلومات أساسية لأغراض التنمية والوقاية، وما يحتاجه المعالجون النفسيون من دليل قبل استقبال الحالة وحين الفحص والتشخيص وأثناء عملية العلاج النفسى وبعدها.

■ وهذا الكتاب يضم جزئين رئيسين: يتناول الجزء الخاص بالصحة النفسية: المفاهيم الأساسية فى الصحة النفسية والتوافق النفسى والوقاية من المرض النفسى والشخصية والجهاز العصبى، وأسباب الأمراض النفسية، وأعراضها، والفحص والتشخيص والمآل. ويتناول الجزء الخاص بالعلاج النفسى: المفاهيم العامة فى العلاج النفسى وطرقه والمشكلات والأمراض النفسية وعلاجها.

والله الموفق